

Frédérique BRASSEUR
Interne des Hôpitaux Psychiatriques

PRISE EN CHARGE DE LA PSYCHOSE
A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE
INTRODUCTION A LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE MODERNE
(A PROPOS D'UN CAS DE BOUFFEE DELIRANTE AIGUE)

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 10 AVRIL 1975

Président du Jury : M. le Professeur STOPPA
Juges : M. le Professeur LORRIAUX
: M. le Professeur DELAHOUSSE
: M. le Docteur NACHIN

ANNEE 1975

N°

Frédérique BRASSEUR

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

**PRISE EN CHARGE DE LA PSYCHOSE
A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE
INTRODUCTION A LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE MODERNE
(A PROPOS D'UN CAS DE BOUFFEE DELIRANTE AIGUE)**

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 10 AVRIL 1975

Président du Jury : M. le Professeur STOPPA
Juges : M. le Professeur LORRIAUX
: M. le Professeur DELAHOUSSE
: M. le Docteur NACHIN

Frédérique BRASSEUR
Interne des Hôpitaux Psychiatriques

INTRODUCTION A LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE MODERNE
A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE
PRISE EN CHARGE DE LA PSYCHOSE
(A PROPOS D'UN CAS DE ROUPÉE DELIRANTE AIGUE)



POUR LE DOCTORAT EN MEDICINE
(Diplôme d'Etat)
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 10 AVRIL 1972

Président du Jury : M. le Professeur STORPA
Juges : M. le Professeur LORRAUX
: M. le Professeur DELAHOUSSIE
: M. le Docteur NACHIN

A JEAN- RENE et à STEPHANIE

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

En témoignage de mon affection.

L'élégance de vos connaissances et la clarté de
vos idées.

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence
de notre jury de thèse.

Nous vous en remercions vivement.

Veuillez trouver ici l'expression de notre respect
et de notre attachement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur René STOPPA

Professeur Titulaire de la Chaire de Clinique Chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux

Chef de Service

Assesseur à la Faculté

Croix-de-Guerre 1939-1945.

Au cours de nos études, nous avons apprécié
l'étendue de vos connaissances et la clarté de
vos cours.

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence
de notre jury de thèse.

Nous vous en remercions vivement.

Veillez trouver ici l'expression de notre respect
et de notre sincère gratitude.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Alfred LORRIAUX

Professeur Titulaire de la Chaire de Clinique Médicale

Médecin des Hôpitaux

Chef de Service.

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Officier de l'Ordre des Palmes Académiques.

Nous avons pu bénéficier de la richesse de votre enseignement et admirer au lit du malade votre compétence, votre dévouement et 'votre'sens de l'humain'.

Vous nous faites l'honneur et le plaisir d'être de nos juges.

Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Agrégé Jean DELAHOUSSE

Maître de Conférences Agrégé de Psychiatrie.

Médecin Psychiatre des Hôpitaux

Chef de Service.

Nous vous devons une part précieuse dans
notre formation.

Vous avez accepté avec simplicité et bienveillance
de juger ce travail.

Permettez-nous de vous exprimer ici notre reconnaissance et notre déférente admiration.

Monsieur le Docteur Claude NACHIN

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Chef de Service.

Nous avons l'honneur et la joie de travailler dans
votre équipe depuis plusieurs années.

Vous nous avez fait découvrir et aimer la psychiatrie.

Vous avez bien voulu inspirer le sujet de cette thèse
et nous aider dans l'élaboration de ce travail.

Veuillez accepter tous nos remerciements et croire
en notre respectueux attachement.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

En remerciement pour leur enseignement.

AU PERSONNEL INFIRMIER ET ADMINISTRATIF DE L'HOPITAL PHILIPPE PINEL

En remerciement de son aimable collaboration.

INTRODUCTION

Aujourd'hui, malgré -ou peut-être à cause- des progrès accomplis dans le domaine des chimiothérapies, des thérapies à médiation corporelle, des thérapies à visée sociale et des psychothérapies des troubles mentaux, il règne une profonde incertitude dans l'opinion publique et dans le milieu médical sur la place de la psychiatrie dans la médecine et sur son rôle médical et social. Les uns nient l'autonomie du psychisme et de ses troubles par rapport à son support biologique et attendent tout de la génétique et de la biochimie. Les autres accusent la société, les hôpitaux psychiatriques et les psychiatres de fabriquer de "prétendus malades mentaux". Tous s'accordent toutefois à considérer que l'organisation sanitaire pour la lutte contre les maladies mentales (ou soi-disant telles) et l'alcoolisme n'est pas convenable. Plutôt que d'entrer directement dans ce débat d'idées, il nous a semblé que notre rôle de psychiatre en formation préparant notre thèse de Doctorat en Médecine était plutôt d'essayer de cerner le corps du débat à partir de notre pratique médicale psychiatrique.

A propos du cas d'une jeune femme hospitalisée pour une bouffée délirante aiguë, nous nous proposons de présenter dans ce travail une réflexion sur les modalités évolutives de la psychose, dans le cadre de sa prise en charge par un service psychiatrique public sectorisé.

Dans un premier chapitre, nous préciserons les conditions de notre travail à l'hôpital psychiatrique Philippe PINEL et au dispensaire d'hygiène mentale d'Amiens, dans le cadre du Secteur de psychiatrie générale Amiens-Montdidier dirigé par notre Maître, le Docteur Claude NACHIN. Puis, nous présenterons la méthodologie de notre étude.

Nous exposerons ensuite d'une part l'observation psychiatrique de notre malade et d'autre part la relation chronologique détaillée du matériel que nous avons pu rassembler à son sujet.

Nous tenterons un essai de compréhension de l'évolution de notre malade dans le temps, suivant son lieu de vie et en rapport avec les interventions de son entourage et de l'équipe soignante. Nous nous efforcerons enfin de préciser sur un plan plus général les principes, les moyens et les finalités de l'action de l'équipe soignante psychiatrique auprès du malade psychotique.

CHAPITRE PREMIER

CONDITIONS DE TRAVAIL :

LE RESEAU DE COMMUNICATION ET LES INSTITUTIONS

DU SECTEUR AMIENS SUD-OUEST - MONTDIDIER

La cure de notre malade s'est déroulée dans un service d'hôpital psychiatrique d'architecture asilaire dont le fonctionnement était en cours de transformation. Comparé aux expériences qui se sont déroulées depuis la dernière guerre mondiale en France et à l'Etranger dans certaines régions beaucoup mieux équipées sur le plan psychiatrique, ce travail est bien modeste, mais nous pensons qu'il faut savoir partir, en un temps et un lieu donné, de la situation réelle quelle qu'elle soit, pour tenter progressivement d'aller au-delà.

I - LE CADRE GENERAL

Dès 1964, la répartition des services médicaux au sein de l'Hôpital Philippe Pinel a été refaite en abandonnant le modèle asilaire. Ce modèle était fondé sur le système des quartiers : l'asile était réparti en deux moitiés, "hommes" et "femmes", elles-mêmes subdivisées en cinq ou six quartiers où les malades étaient répartis théoriquement suivant leur affection et leur degré de sociabilité et, en fait, suivant le bon plaisir du personnel soignant, en allant de l'"admission" aux "agités", en passant par les "tranquilles" et les "semi-difficiles".

Le nouveau modèle consiste dans l'existence de services médicaux mixtes (recevant des hommes et des femmes) sectorisés (recevant chacun les malades d'une partie du département). Trois, puis quatre (1) psychiatres-chefs de secteur disposent chacun d'un nombre de pavillons réduit : les médicaments modernes aidant, le fait de soigner dans le même pavillon des malades très divers a amélioré l'ambiance générale, tandis que le regroupement des "agités" ou des "déprimés" dans une unité particulière créait des ambiances pavillonnaires insupportables pour les soignants et leurs patients. Toutefois, l'architecture médiocre des locaux fait que les groupes de malades ne disposent pas de coins de vie appropriés suivant leurs goûts et leurs occupations. Enfin, deux pavillons intersectoriels de déments séniles et d'arriérés profonds sont des séquelles du passé qui doivent disparaître avec la rénovation de l'hôpital (2). Déjà quatre pavillons modernes, mixtes, de 32 lits, permettent d'accueillir dans des conditions hôtelières satisfaisantes des malades mentaux légers venant du dehors et des malades améliorés venant des autres pavillons dont la sortie serait encore prématurée. Malheureusement, le décalage très important entre ces pavillons et le reste de l'hôpital crée un malaise chez les soignants et les pensionnaires.

La sectorisation n'est qu'un moyen. Son but essentiel est de permettre qu'une même équipe médico-sociale assure la continuité des soins à des malades le plus souvent de longue durée à l'hôpital et dans la cité. Ce but est réalisé par l'articulation du service hospitalier avec les dispensaires d'Hygiène Mentale du territoire qu'il dessert. Accessoirement, la sectorisation assure une répartition équitable des tâches, des possibilités de succès et d'échecs, entre les différentes équipes.

II - LE CADRE DU SECTEUR AMIENS SUD-OUEST - MONTDIDIER

Comme les autres secteurs en psychiatrie générale de la Somme, le secteur Amiens-Montdidier n'est pas un véritable secteur puisqu'il dessert le quart de la population du département, soit 125 000 habitants, alors que le secteur réglementaire doit compter au maximum 70 000 habitants. Sur le plan hospitalier, c'est

(1) depuis la prise de fonctions du Professeur DELAHOUSSE en septembre 1973.

(2) l'ouverture prévue en 1975 de quatre unités de soins normales de 25 lits doit permettre la réaffectation de pavillons différents aux vieillards et aux arriérés profonds adultes.

le quart de l'hôpital Philippe Pinel, avec cent membres du personnel, ce qui constitue un vaste collectif soignant et non une équipe, réparti dans quatre pavillons dispersés. Sur le plan de la cité, il ne dispose du dispensaire d'Hygiène Mentale intersecteur d'Amiens qu'une journée et demie par semaine et d'un point de consultation mensuel à Montdidier. Locaux et personnel sont insuffisants. Il n'y a que deux assistantes sociales qui travaillent à l'hôpital, au dispensaire et sur le terrain. Deux cents malades hospitalisés et quatre cent cinquante malades suivis au dispensaire constituent une masse énorme pour un seul psychiatre qualifié de formation psychanalytique. L'essentiel du travail psychiatrique de diagnostic et de traitement repose sur les quatre internes qui peuvent être plus ou moins avancés dans leur formation. Les soins généraux et psychologiques reposent essentiellement sur les infirmiers. Dans ces conditions de pénurie quantitative et qualitative des soignants par rapport aux soignés, le travail effectif dépend de la capacité du psychiatre-chef de secteur de coordonner les activités d'un collectif de secteur important sans négliger son articulation avec les autres secteurs, dans l'hôpital et dans le département, ainsi que ses relations avec les organisations sanitaires (hôpitaux généraux en particulier), Direction de l'Action Sanitaire et Sociale et autres (communes, arrondissement, département, représentés par leurs autorités politiques et administratives). Cela pose un problème d'organisation du travail et d'analyse institutionnelle que nous examinerons rapidement à la lumière des travaux de M. WOODBURY (16) et de C. NACHIN (8).

III - RESEAU DE COMMUNICATION ET INSTITUTIONS

A - Généralités

L'espace social hospitalier où se rencontrent administrateurs, médecins, infirmiers et malades doit être envisagé du point de vue sociologique. Des pouvoirs s'y exercent, au sens où le pouvoir est "le contrôle de la satisfaction des besoins biologiques, interpersonnels ou sociaux d'un individu".

"Quand le contrôle d'un pouvoir dans une organisation est partagé entre certains individus qui gardent l'autorité et prennent les décisions, mais délèguent à d'autres la responsabilité de les exécuter, nous disons que le pouvoir est

hiérarchisé. Cette scission du pouvoir donne lieu en réalité à deux hiérarchies : la hiérarchie officielle, comme la conçoivent ceux qui sont aux niveaux supérieurs et la hiérarchie officieuse, au niveau de ceux qui appliquent les décisions en les interprétant et en utilisant le pouvoir que cela leur donne à leur manière". En fait, l'hôpital comporte plusieurs hiérarchies : une hiérarchie administrative non-médicale, une hiérarchie médicale, des hiérarchies paramédicales dont la principale est la hiérarchie infirmière, enfin une hiérarchie spontanée, officieuse mais non moins efficiente des patients, dans les services de long séjour. Le mode d'intégration des hiérarchies diverses est hors de notre propos. Leur type nous arrêtera davantage : traditionnellement, la hiérarchie hospitalière est de type pyramidal, comme dans la famille, à l'école, à l'église, à l'armée et dans les prisons.

Deux réflexions s'imposent :

1 - Le système de hiérarchie pyramidale marche bien lorsqu'il y a une différence nette entre les échelons : parents-enfants jeunes, maître-élève, prêtre-laïc, officier-soldat, garde-prisonnier. Mais le but de l'hospitalisation psychiatrique étant de désaliéner le malade, de le resocialiser et de l'amener au niveau de santé mentale des soignants, on peut se demander si le système hiérarchique pyramidal répond bien à cet objectif.

2 - La hiérarchie infirmière contrôle en général le côté pratique du traitement. C'est à travers les infirmiers que les malades satisfont leurs besoins les plus fondamentaux : territoire, nourriture, sommeil, etc... Ce sont les infirmiers de base qui passent le plus de temps avec les malades qui contrôlent l'information.

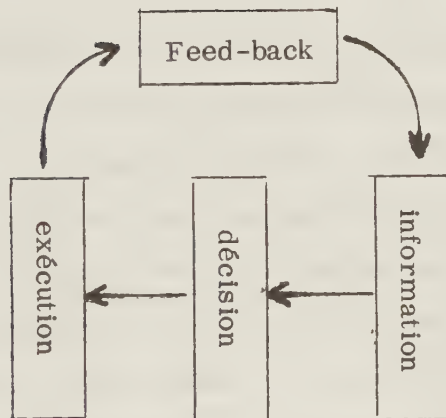
Avec la hiérarchie de type pyramidal, les personnes de la base de la hiérarchie qui ont le plus d'informations sur les patients, ont le moins de pouvoir au niveau des prises de décision. "Les chefs qui ont le moins de contact avec les malades se spécialisent dans la prise de décisions sur des malades qu'ils ne voient que très brièvement. Trop souvent, le subordonné apprend à manipuler l'information pour obtenir la décision qu'il désire. Vice-versa, le chef peut remettre à sa place un subordonné en prenant des décisions opposées à celles qu'il recommande".

(M. WOODBURY) (16).

B - De la hiérarchie pyramidale au travail en équipe

Malgré les transformations du cadre de l'hôpital et du service, jusqu'en 1969, le service fonctionnait avec une hiérarchie à dominante pyramidale. Dans ce système, le réseau de communication fonctionne comme suit : "l'information au sujet de faits passés est transmise hiérarchiquement à ceux qui sont responsables de prendre les décisions qui concernent l'avenir. A leur tour, ces décisions deviennent de l'information, qui est transmise à ceux qui sont responsables de leur exécution. Le résultat et l'effet des décisions doivent aussi entrer dans le réseau : c'est ce qu'on appelle le feed-back dans ce système circulaire (tableau n° 1)".

Tableau n° 1



Deux grilles condensent l'étude du réseau de communication du service en 1969 (tableau n° 2) et en 1974 (tableau n° 3) vu au niveau du médecin-chef et de l'ensemble des pavillons : une étude plus finie nécessiterait une grille par pavillon et par hiérarchie, la grille des infirmiers étant différente de celle du surveillant ou du médecin. Ces grilles font apparaître les institutions du service, le terme institution étant défini comme "l'unité ou le noeud de communication consistant en au moins deux membres de l'organisation, qui se passent de l'information ou prennent une décision". Les institutions ont une structure caractérisée par leur dénomination ("rapport de veille" par exemple), le mode de communication (écrit ou oral), le caractère officiel ou non-officiel des transactions (sont non-officielles les transactions qui s'opèrent lorsque deux membres au moins du collectif se rencontrent en dehors du cadre de travail habituel et échangent des informations), les titres des personnes présentées, le lieu, la fréquence et leurs fonctions (décision ou formation par exemple). Le contenu d'une institution, ce qui se passe effectivement dans une réunion par exemple, ne peut être correctement évalué que si la structure est connue, bien qu'il ait sa valeur propre.

Dans le modèle 1969 (tableau n° 2), l'institution principale est "la visite médicale du chef de service au bureau de chaque pavillon" qui a lieu en présence du surveillant-chef (ou de son adjoint), de l'infirmier-chef du pavillon (ou de son second), de l'interne, des externes et de la secrétaire médicale. Elle comporte d'une part des échanges entre ces membres du personnel et d'autre part des entretiens très brefs du médecin-chef avec des malades qui lui sont présentés par l'interne ou (et) par l'infirmier-chef. Si l'interne dispose d'une certaine autonomie de travail au niveau du pavillon en l'absence du chef de service, cette autonomie peut être remise en question à chaque visite dans des conditions où il s'agit plus pour le chef de service d'affirmer son autorité que de donner un avis plus qualifié car, si sa qualification intrinsèque est plus élevée, il ne dispose pas de toutes les informations ni du temps de réflexion nécessaire pour évaluer chaque problème. L'autorité médicale, statutaire et formellement réaffirmée périodiquement est en fait peu effective comme l'a bien vu P-C. RACAMIER (12). Surveillant-chef et surveillants de pavillon détiennent le plus grand pouvoir à la fois vers le "bas" et vers le "haut" de la hiérarchie, par des procédés divers, mais efficaces, et en particulier en sélectionnant les informations qu'ils laissent parvenir jusqu'au médecin. Le feed-back est particulièrement mauvais. Les infirmiers de base et,

à plus forte raison, les élèves-infirmiers et les femmes de service, n'ont aucun accès au médecin. Les infirmiers ont un rôle de gardiennage et d'exécution des prescriptions médicales, dans un climat de routine et de passivité. Si ce système est compatible avec la réalisation technique correcte de certaines cures biologiques, il est tout à fait inadéquat dès que l'on veut introduire une visée psychosociothérapique pour la réalisation de laquelle il convient non seulement que les infirmiers soient à l'écoute des patients, mais soient capables de réagir à leurs propos et à leur comportement en usant librement de leur personnalité.

Dans le modèle dont nous avons la pratique (tableau n° 3), les institutions sont plus nombreuses et diversifiées et la grille du chef de service ne les fait d'ailleurs pas apparaître toutes. L'interne est le médecin responsable d'un ou de deux pavillons. Le chef de service n'y intervient que comme consultant et pour accomplir formellement et rapidement ses obligations légales. Bien entendu, ce système fonctionne avec des nuances lorsqu'un interne débutant doit être appuyé davantage par le chef de service ou l'un de ses aînés. Lorsque la pénurie de psychiatres qualifiés sera réduite, on peut penser qu'il y aura un psychiatre qualifié dans chaque pavillon, que l'interne doublera. Mais actuellement, c'est le seul système de travail médical fonctionnel possible : c'est le médecin qui passe un temps suffisant avec les malades et les infirmiers du pavillon qui prend l'essentiel des décisions. Une "réunion hebdomadaire de supervision mutuelle des médecins du service", d'une heure et demie, donne l'occasion aux internes de discuter entre eux et avec le chef de service des cas des malades qu'ils suivent particulièrement en psychothérapie, ainsi que des problèmes institutionnels qu'ils rencontrent. Ainsi, les médecins se donnent et donnent aux infirmiers l'exemple d'un travail coopératif en équipe où l'on ne tient pas compte que du titre, de l'ancienneté et de l'expérience acquise, mais aussi des informations que chacun détient en fonction de son poste de travail, comme des points de vue neufs que les nouveaux peuvent apporter sur l'institution ou sur un cas. La visite médicale quotidienne de l'interne, comme celle hebdomadaire ou bi-hebdomadaire du chef de service, se font non seulement avec le surveillant, mais avec la plupart des infirmiers par suite d'un nouveau roulement du personnel. Surtout "la réunion d'équipe du pavillon", hebdomadaire, à laquelle participent tous les **soignants** disponibles, donne aux infirmiers l'occasion de verbaliser, dans un climat de sécurité, les vues fines qu'ils ont souvent sur leurs patients. Il y a quelques années, la création de ces réunions a d'abord été vécue par les **soignants** comme une perte de temps pour le ménage,

les courses et les soins et comme une lubie du nouveau chef de service. Les soignants ont d'abord peu participé, craignant que "ce qu'on dit en réunion se retourne un jour contre soi". Mais, petit à petit, il est devenu possible de parler des malades, de l'angoisse de chacun en face d'eux et de prendre en commun des décisions, pour le pavillon comme pour des cas individuels, fondées sur une meilleure information de tous. Seule une équipe soignante - médecins, infirmiers, psychologues - composée d'individus autonomes et responsables peut aider des malades mentaux à retrouver leur propre autonomie. A côté de l'écoute individuelle du malade dans toutes les circonstances de la vie quotidienne et non seulement au bureau médical, des réunions communautaires soignants-soignés manifestent au groupe des soignés l'intérêt que nous portons à leurs points de vue et leur donnent l'occasion de les exprimer. Enfin, à côté d'une "réunion d'équipe générale" destinée à coordonner le travail de l'ensemble des pavillons du service, une "réunion de formation permanente de l'équipe soignante" a un caractère plus didactique, mais en dehors d'exposés présentés par les médecins et le psychologue, les infirmiers y présentent des exposés individuels ou collectifs à partir de cas de patients correspondant au thème en cours d'étude.

Malheureusement, si le réseau de communication du service offre des possibilités de travail moderne, la pénurie de soignants de tous grades appauvrit la participation aux réunions, fait que beaucoup d'informations se perdent d'emblée tandis que d'autres ne sont pas suffisamment prises en compte dans l'élaboration des décisions et dans l'étude de leurs effets.

Tableau n° 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9			10	11	12	13	14	15	16	17
Mode de communication	Officiel non officiel	Dénomination de l' institution	surveillant - chef	médecin - chef	internes 1 2	malades	surveillant de quartier ou second	Personnel infirmier			assistante sociale	Ergo- 1 thérapeutes 3 inf.	familles	secrétaire	heures	lieu	fréquence	Fonctions
								matin	après- midi	nuit								
V-E	0	Visite médicale	X	X	X	X	X					(X)		X	9-12	Bureau pav.	3/sem.	Ac. Inf. Déc.
E	0	Rapport de veille	X							X								Inf.
V	0	Réceptions familles		X	(X)													
V	N0	Trajet en voiture		X							X				14		1/4 merc.	Inf.

1969 :

Souvent, 300 malades hospitalisés, 300 ambulatoires.

Tableau n° 3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17			
Mode de communication	Officiel non officiel	Dénomination de l'institution	Surveillant- chef	Médecin- chef	INTERNES 1 2 3 4	Malades	Personnel Infirmier			Assistants 1 2	Psychologue	Ergothérapeutes 1 2 3	Psychiatre attaché	Familles	Secrétaires 1 2	Heures	Lieu	Fréquence	Fonctions
E	O	Rapport Veille	X														Bur. Sur.	qd	Inf.
E	O	Rapport Génér.	X	X											X X		Bur. Méd.	qd	Inf.
R	O	Réunion Equipe générale	X	X			tous ceux disp.								(X)(X)	11-12	S-R	jeudi	Inf. Dec.
R	O	Formation Continue	X	X	X X X(X)		tous ceux disp.			X X	X				(X)(X)	9-10	S-R	vendr.	F. équipe
R	O	Supervision Mutuelle		X	X X X X								X			8. 30 -10	Bur. Méd.	same.	F. Médecins
R	O	Réunion Médi- co-sociale		X						X X						8. 45 -10	Bur. Disp. Serv.	2/4 merc.	Ac. Inf. Dec.
R	O	Réunions de 1 pavillon 2 3 4 5	X X X X X	X (X) (X) (X) X	X X X X X	1/2 1/2 1/2 1/2 1/2	X X X X X	X X X X X								9-10 10-11 10-11 10-11 10-11	lib. ad. D ad. M 3è D 2è D	jeudi J/V J/V 2/4 L 2/4 L	Inf. Dec.
V	O	Réception familles		X	(X)(X)(X)(X)					(X)				X		10-12 +	Bur. Méd.	vendr.	
V	NO	Trajet en voiture		X						X						14		1/4 merc.	Inf.

1974 : 190 malades hospitalisés
450 ambulatoires

Personnel : 101
4 pavillons et 2 sections de pavillon

1 dispensaire

LEGENDE DES TABLEAUX N° 2 et 3 ---

1 - E : Rapport écrit

R : Réunion

V : Verbal interindividuel

2 - O : Officiel

NO : Non-officiel

4 -() : participation irrégulière

5 - 1 2 3 4 : il y a 4 internes

6 - 1/2 : une fois sur deux

7 - Tous ceux disp. : tous ceux disponibles

14 - + familles reçues sur leur demande par internes ou A. S

15 - H : Hôpital

Disp. : dispensaire

Bur : bureau

Méd : médecin

Sur : surveillant

S-R : Salle de réunion

Serv. Lib. : service libre

Ad D : admission dames

Ad M : admission messieurs

3è D : troisième dames

2è D : deuxième dames

16 - qd : quotidienne

2/4 : 2 mercredi sur 4

J/V : tantôt jeudi, tantôt vendredi

17 - Inf. (ormation)

Déc. (ision)

F. (ormation)

A. C : affaires courantes.

CHAPITRE DEUXIEME

METHODE DE TRAVAIL

I - LE CHOIX DU CAS

Lorsque le Docteur Nachin nous a proposé de consacrer notre thèse au cas Michèle, nous la suivions depuis près de deux ans, en consultation externe dans le service, puis au dispensaire d'hygiène mentale. Depuis le même temps, notre malade vivait seule dans un petit logement meublé, dans des conditions protégées, mais avec une adaptation sociale convenable.

Nous nous sommes heurtée à deux difficultés initiales dans ce travail :

- d'une part, ce n'est pas nous qui nous étions occupée d'elle durant ses hospitalisations ;

- d'autre part, avant que nous la suivions, elle avait bénéficié d'une prise en charge en entretiens individuels par notre collègue, Madame F... pendant l'année universitaire 1971-1972.

A la limite, ces difficultés auraient pu faire renoncer au choix de ce cas. Mais d'autres éléments nous l'ont fait retenir :

1 - Il s'est agi au départ d'une bouffée délirante aiguë dont l'évolution a été longue et difficile et a posé le problème du devenir de ces états. Actuellement, le résultat obtenu en fait un succès relatif, sans que pour autant l'avenir soit définitivement assuré : c'est donc un cas qui pose le problème des possibilités et des difficultés du travail psychiatrique.

2 - Il s'agit d'une jeune femme sympathique dont les troubles mentaux ont éclaté brutalement peu après un deuil ; elle avait failli mourir d'un accident par explosif en bas âge et elle est issue d'une famille de paramédicaux, de sorte que son cas a soulevé un intérêt particulier dans l'équipe soignante, comme en témoigne le matériel recueilli. C'est vrai en général pour tous les syndromes aigus où nous avons la volonté de faire le maximum pour éviter le passage vers la psychose de longue évolution, mais ici, le drame de l'enfance et l'origine familiale donnaient une teinte affective particulière à la prise en charge.

II - LE MATERIEL

A - L'observation médicale

Au-delà des renseignements administratifs habituels notés sur la couverture du dossier, nos observations comportent plusieurs sections :

- Un sous-dossier psychiatrique, le plus important, dont la couverture comporte les certificats officiels et qui comporte dans le cas 15 pages dactylographiées avec de nombreuses notes sur la malade échelonnées sur deux ans, huit entretiens avec la famille dont trois avec le mari, deux avec le père et trois avec une soeur et un beau-frère ;

- Un sous-dossier "correspondance" comporte plusieurs échanges de lettres, dont certaines très riches, avec des frères de la malade éloignés d'Amiens ;

- Un sous-dossier "examens biologiques et traitements" reçoit les feuilles de traitement des malades lorsqu'elles sont terminées et à la sortie, ainsi que les résultats des examens usuels ;

- Un sous-dossier "consultations spécialisées" a reçu dans son cas les résultats de l'électro-encéphalogramme et ceux de la radioscopie pulmonaire ;

- Un sous-dossier "observations des infirmiers et productions du malade" a reçu dans son cas plusieurs pages manuscrites d'observations, y compris celles présentées à une réunion d'analyse de son cas deux semaines après la première admission.

B - Les observations écrites des infirmières

En dehors des éléments d'observation infirmière qui sont reportés plus ou moins incomplètement dans le dossier médical, nous avons pu rassembler quinze pages manuscrites colligées à partir des "journaux de pavillon", cahier tenu quotidiennement dans chaque pavillon par la surveillante et les infirmiers et conservés dans les archives.

C - Les entretiens psychothérapiques

Nous n'avons que des données écrites très limitées sur les entretiens de la malade avec la collègue qui nous a précédée. Par contre, nous avons pris des notes sur nos propres entretiens.

D - Le matériel oral

Nous avons eu des échanges verbaux nombreux avec les médecins et les infirmières qui ont eu et ont à connaître de notre patiente :

- des infirmières nous ont précisé qu'il avait beaucoup été question d'elle dans les réunions de pavillon, dont il n'existe pas toujours de compte-rendu écrit ;

- un couple de surveillants qui habite près de son domicile, connaît sa propriétaire et s'intéresse à elle, a pu nous fournir des éléments sur l'organisation de sa vie au-dehors.

Surtout, la réunion hebdomadaire de supervision mutuelle des médecins du service nous a permis de connaître cette malade par collègue interposée avant de la prendre en charge nous-même : en effet, une collègue présentait

habituellement ses entretiens avec cette malade à la supervision et ainsi, il a été beaucoup moins difficile de prendre son relais lorsqu'elle a quitté le service.

III - PRESENTATION DU MATERIEL ET INTERPRETATION

Il nous a paru préférable de présenter successivement l'observation psychiatrique et la relation détaillée du cas, de manière à ce que le lecteur puisse avoir rapidement une idée d'ensemble du problème psychiatrique, quitte à se reporter au détail pour une étude plus approfondie.

L'interprétation d'un matériel aussi varié, recueilli dans des conditions très diverses, est une tâche quasi impossible. Seul un psychanalyste ayant une pratique de la psychothérapie des psychoses peut interpréter avec rigueur une partie de ce qui se passe dans la relation entre son patient et lui. Nous n'avons pas la qualification nécessaire. Par ailleurs, la majeure partie du matériel n'a pas été recueillie dans le cadre d'une psychothérapie réglée, mais dans le cadre du travail de soin psychiatrique habituel où la multiplicité des interventions, des personnes et des situations, ne permettent de repérer que très partiellement ce qui ressort du psychisme du patient et ce qui ressort des influences nombreuses auxquelles il est soumis.

Nous avons donc plutôt tenté un essai de compréhension d'un nombre limité de points qui nous ont paru importants au cours de nos discussions avec nos collègues et notre chef de service, ainsi qu'en relisant notre texte.

Parmi les critiques auxquelles s'expose un tel essai, deux critiques d'ordre méthodologique nous sont apparues d'emblée. Premièrement, en raison des difficultés relationnelles du psychotique, il n'est pas souhaitable qu'un changement de thérapeute lui soit imposé. Mais, eu égard à la longue durée des traitements de psychotique, les changements de poste des médecins ne peuvent manquer de créer de tels problèmes. Il s'agit donc de tenter de les résoudre en les prévoyant si possible à l'avance et en organisant un travail d'équipe entre les médecins, de sorte qu'un thérapeute de substitution puisse poursuivre le travail entrepris dans une visée analogue. Deuxièmement, les psychotiques sont des malades fragiles qui ne devraient

être confiés qu'à des psychothérapeutes qualifiés. En fait, la rareté des psychothérapeutes, en particulier dans les hôpitaux, fait que ces malades courent le risque d'être purement et simplement abandonnés plutôt que celui d'être mal soignés. Sans renoncer à la formation de psychothérapeutes qualifiés et à leur venue dans les hôpitaux, là encore, le travail des médecins en équipe avec, si possible, au moins un psychiatre de formation psychanalytique parmi eux, permet d'aborder les problèmes avec prudence et nuance. Il ne s'agit pas seulement de préserver le psychotique d'interventions intempestives, mais aussi bien de permettre aux psychiatres et aux psychiatres en formation de s'engager dans des relations difficiles où ils vont s'impliquer personnellement, sans que l'ébranlement de leurs propres mécanismes de défense contre l'angoisse et la dépression les place dans des situations trop inconfortables. L'intérêt du soignant et du soigné se rejoignent : il faut que le premier, tout en se posant des questions non sans quelque inquiétude, conserve sa sécurité pour qu'il puisse aider le second à la retrouver.

CHAPITRE TROISIEME

LE CAS MICHELE

I - L'OBSERVATION PSYCHIATRIQUE CONDENSEE

Il s'agit d'une femme de type leptosome (43 kg pour 1,60 m) qui a toujours présenté un caractère de type schizoïde, triste, renfermé, avec ambivalence et sautes d'humeur. Elle est immature sur le plan intellectuel, affectif et sexuel.

A - Son entourage comporte :

- Pierre P..., son mari, né en 1945, préparateur en pharmacie,
- Son père, Mr R..., né en 1913, buveur, actuellement retraité après une carrière de gardien de la paix,
- Sa mère, née en 1914, est décédée en octobre 1970 d'une hémorragie cérébrale. Elle travaillait dans la confection,
- Ses frères et soeur :
 - + Jacques, né en 1942, marié et père de 3 enfants, est infirmier,
 - + Françoise, née en 1944, institutrice, est aussi mariée et mère de 3 enfants,
 - + Philippe, né en 1947, marié et père de 2 enfants, est infirmier psychiatrique,
 - + Joël, né en 1950, marié depuis 1 an, se destine aussi à la profession d'infirmier ; il effectue actuellement sa formation, comme sa femme.

- "Tante Paulette" : la tante de sa mère, qui a en partie élevé Michèle,
- Sa grand-mère : à laquelle elle rend visite de temps en temps.

(Tableau n° 4).

B - Eléments d'anamnèse

Michèle R... est née en 1945, dans une petite ville de la Somme. Elle est la troisième d'une famille de 5 enfants.

Jusqu'à l'âge de 3 ans, elle est élevée par sa mère, en compagnie de ses frères et soeur, mais en l'absence de son père qui s'est engagé pour 7 ans dans la marine.

De 3 ans à 3 ans 1/2, en raison de sa constitution fragile et de son manque d'appétit, elle est confiée à son arrière-grand-mère, personne autoritaire et à sa "Tante Paulette", la tante de sa mère, qui tiennent un petit café-tabac-épicerie de campagne.

A 3 ans 1/2, de retour chez elle, elle est grièvement blessée par l'explosion d'un obus avec lequel elle joue et reste 24 h dans le coma. Françoise et Philippe, blessés également, bien que moins gravement, sont hospitalisés en même temps qu'elle. Michèle qui a perdu dans cet accident la vision de l'oeil droit et l'extension de la main droite, touche depuis cette époque une pension d'invalidité de victime civile de la guerre.

Lorsqu'elle a 4 ans, son père rentre au foyer, après avoir accompli son engagement dans la marine. Il travaille quelques mois en usine, puis prend un poste de gardien de la paix.

Lorsqu'elle a 5 ans, il est muté en Algérie où toute la famille le suit. Là, Michèle fréquente une école religieuse d'où elle est renvoyée en raison de sa turbulence. Elle rejoint alors Martine, sa petite camarade, dans l'école voisine (bien que Martine soit plus jeune de 2 ans, elle est dans le cours supérieur. Michèle est donc déjà en retard sur le plan scolaire).

A 9 ans, en raison d'une primo-infection, ses parents la renvoient en France où elle séjourne de nouveau chez sa grand-tante et son arrière-grand-mère.

Après une interruption de 1 an 1/2, elle reprend sa scolarité. Elle ne suit pas en classe et son retard s'accroît. Par ailleurs, elle ne parvient pas à se faire de camarades.

Vers l'âge de 11 ans, elle retourne en Algérie où elle fera sa communion l'année suivante. Etrangère au sein de sa propre famille, "différente de ses frères et sœur", elle se tient à l'écart de leurs jeux, se réfugiant souvent auprès de sa mère.

A 12 ans 1/2, elle revient en France et habite Amiens, comme sa sœur Françoise qui entre à l'Ecole Normale. Elle-même est pensionnaire dans une école pour handicapés. Elle supporte mal la vie de pension, n'a aucune amie, craint la directrice de façon excessive malgré les efforts de celle-ci pour l'intégrer et souvent se cache pour pleurer. Elle reste dans cette école jusqu'à l'âge de 15 ans, n'obtient pas le C.E.P., mais apprend la couture, la cuisine...

A sa sortie de l'école, elle prend un emploi chez une fleuriste, mais se perd dans la ville en effectuant ses livraisons et quitte rapidement cet emploi. Elle essaie alors de travailler dans la confection mais, trop lente, est licenciée au bout de 3 mois. Elle trouve ensuite une place dans la bonneterie où elle ne restera qu'une demi-journée.

Entre temps, son père qui a obtenu son rapatriement en France, s'installe avec sa mère et ses frères dans la région parisienne où Michèle aimerait les rejoindre. Lorsqu'elle a 16 ans, ils reviennent habiter Amiens. Elle retourne alors vivre auprès d'eux et, abandonnant ses velléités de travail salarié, se contente d'aider sa mère aux travaux ménagers.

Son père retient une partie de sa pension pour son entretien et place le reste sur le livret de Caisse d'Epargne de Michèle. A 19 ans 1/2, elle se dispute avec lui au sujet de son argent et prend une chambre en ville, imitant en cela sa

soeur dont elle jalouse l'indépendance (elle pense que Françoise est la préférée du père). Mais bientôt, sur les instances de sa mère, elle réintègre la maison familiale où elle restera jusqu'à son mariage.

Elle s'occupe aux tâches ménagères, se promène dans les magasins où elle s'intéresse surtout aux vêtements (ses toilettes constituent sa préoccupation majeure). Elle a quelques camarades avec lesquelles elle va au bal et elle participe le dimanche à des activités de secourisme avec ses frères...

A 21 ans, elle se fiance à Pierre P..., préparateur en pharmacie, qu'elle connaît depuis 2 ans environ. Elle l'épouse à 22 ans.

Après son mariage, Michèle reste chez elle, s'occupant de son intérieur. Elle s'entend bien avec Pierre, quoique de façon superficielle. Plusieurs fois par semaine, elle va rendre visite à sa mère.

Lorsqu'elle a 24 ans, son époux prend un emploi de préparateur à 45 km de leur domicile et trouve à se loger à proximité de son nouveau lieu de travail ; mais Michèle refuse de déménager, de s'éloigner de sa famille. Pierre fait donc le trajet matin et soir.

Trois mois plus tard, la mère de Michèle meurt d'une hémorragie cérébrale après un coma de 13 jours. C'est ce décès qui est à l'origine de l'épisode délirant pour lequel Michèle est hospitalisée 2 mois plus tard.

Arrière grand-mère
(avec laquelle Michèle a vécu dans
son enfance. Décédée il y a une
vingtaine d'années)

81 ans

(col du fémur
+ hémorragie)

Tante Paulette
(tante qui a en partie
élevé Michèle)

M. R... né en 1913
Ethylisme
Marine 7 ans
Gardien de la paix
retraité

née en 1914
Décédée en oct. 70
(hémorragie céré-
brale)

Marguerite

Jacques
1942
Infirmier

Instituteur

Françoise
1944
Institutrice

1945
MICHELE
Invalide
(accident à 3 1/2
ans)

1945
Pierre P...
Préparateur en
pharmacie

Philippe
1947
Infirmier
psychiatrique

Joël
1950
élève
infirmier

élève
infirmière

1967

1972

1965

1967

1973

(le fils de
de Michèle)

1970

malformation
congénitale

1974

homme

homme décédé

homme malade

la malade en traitement

séparation d'un couple, avec anné
de la séparation et éventuellement
année du divorce.

femme

femme décédée

femme malade

années de naissance, année ou âge du décès, année de mariage.

Tableau N° 4

C - La première hospitalisation (Internement en Placement Volontaire)
du 6 décembre 1970 au 10 février 1972

1. La bouffée délirante aiguë inaugurale

a) Motif d'hospitalisation

Michèle P. . . , âgée de 25 ans, est hospitalisée le 6 décembre 1970 pour une bouffée délirante aiguë à thème mystique : "elle entend Dieu qui l'appelle, Lui parle, déclare vivre avec Lui et porter Jésus-Christ en elle".

b) Histoire de la maladie

1° - Facteur déclenchant

Le décès de sa mère, en octobre 1970, d'une hémorragie cérébrale.

2° - Période de début

L'éclosion du délire: à la mi-novembre, Michèle entreprend la lecture du Nouveau Testament pour y rechercher son origine et celle du Monde.

On peut déjà noter la bizarrerie de son comportement et le symbolisme de ses conduites : elle ne permet plus à son mari de l'approcher et, symboliquement, ne porte plus son alliance.

3° - Période d'état

A l'entrée, le tableau, dominé par l'angoisse, est caractérisé par des idées délirantes mystiques, des idées de mort ("elle sait qu'elle va mourir jeune"), de Jugement Dernier ("nous sommes des poissons, nous serons tués"), de réincarnation.

On note aussi des idées de culpabilité vis-à-vis du décès de sa mère, des idées de persécution, un désir de châtiment, d'auto-punition et des idées de suicide : "je suis emprisonnée, les criminels on les met en prison. Je suis surveillée seconde par seconde ; par moments, j'ai envie de me tuer".

Le mécanisme du délire est surtout hallucinatoire : hallucinations auditives ("sa mère est auprès d'elle et lui parle souvent", "elle ne peut dormir car Jésus lui parle continuellement"), avec attitudes d'écoute.

Il existe :

+ des idées d'influence évoquant un syndrome d'automatisme mental de De Clérambault : "elle entend Dieu ou sa mère qui lui donne des ordres. " "Elle sait que Dieu, Jésus et Marie font des expériences sur elle. "

+ des intuitions délirantes : "l'obscurité va lui permettre d'arriver plus vite auprès de Dieu".

+ des interprétations : "les étoiles, ce sont les maisons des morts. Le soleil c'est Dieu".

+ des paralogismes : "quand il pleut, Dieu n'est pas content. Quand il pleut, je ne suis pas gaie, je ne suis pas triste. "

La malade ne critique pas ses idées délirantes, adhère pleinement à son délire. Cependant, elle ne présente pas de désorientation temporo-spatiale. Sa mimique est adaptée.

Elle n'est pas coupée de l'ambiance (c'est en voyant passer un oiseau qu'elle exprime ses idées de réincarnation).

Son comportement est variable d'un moment à l'autre de la journée ; elle présente :

- des phases d'agitation anxieuse où "elle ne cesse de se lever, de se déshabiller",

- et des phases d'attitude semi-catatonique avec opposition, négativisme, refus d'aliments.

On note des barrages, le flou de la pensée, la formulation abstraite des idées délirantes ("elle veut aller respirer Dieu"), et le symbolisme des conduites (elle refuse de s'alimenter car "elle a mangé Dieu").

A aucun moment de son évolution, les examens biologiques n'ont montré de perturbations significatives. L'urée était à la limite supérieure de la normale (0,40 g) à l'admission, ce qui est courant compte-tenu d'une agitation sans alimentation et en particulier sans prise de boisson correspondante. L'électro-encéphalogramme n'a pu être pratiqué que sous traitement neuroleptique ; il montrait quelques altérations lentes sur les dérivations temporelles, surtout à gauche, probablement liées au traitement, quoique son accident de l'enfance, qui a comporté un coma de 24 heures, ait pu laisser quelques séquelles.

c) Le traitement

- chimiothérapie : neuroleptiques injectables

(Largactil I. M. 150 mg par jour + Nozinan I. M. 75 mg par jour).

- maternage : présence constante d'une infirmière à son chevet qui la rassure de quelques mots, lui remet sa chemise de nuit, la recouche, l'aide à faire sa toilette, obtient de la faire manger, d'abord dans sa chambre puis en la menant à table.

- concours de la famille : la malade bavarde avec son mari qui lui rend visite chaque après-midi.

d) Evolution sous traitement

L'état de la malade s'améliore, mais il s'aggrave dès l'arrêt du traitement injectable et, devant le risque suicidaire, celui-ci doit être repris. Les hallucinations persistent ; son comportement reste discordant : elle s'isole dans le noir, s'agenouille dans un coin, se promène nue, va brutalement se mettre la tête sous le robinet d'eau froide...).

Le 5 janvier, le traitement injectable qui ne se résorbe plus est remplacé par un traitement per os (250 mg Largatrex + 90 mg Nozinan + 3 gélules Méfexadyne par jour), sans amélioration. La malade, somnolente, ralentie, fait des difficultés pour prendre son traitement.

Aussi, le 8 janvier, on remplace le Largatrex par un neuroleptique incisif, le Témentil (100 gouttes par jour) associé à 50 gouttes de Théralène ; le Témentil entraîne des manifestations extra-pyramidales qui vont disparaître grâce à l'adjonction d'anti-parkinsoniens (Artane 5 mg : 3 comprimés par jour + Ponalide : 3 comprimés par jour). L'état de la malade s'améliore alors et se stabilise.

2. Reprise des troubles sous forme d'épisodes confuso-oniroïdes des (mi-janvier 1971)

Après une période de rémission d'une quinzaine de jours, la malade rechute.

a) Facteur déclenchant

Son mari lui a annoncé qu'il désirait une séparation.

b) Tableau clinique

- Reprise du délire oniroïde (thème essentiel : le décès de sa mère).
- Agitation désordonnée avec agressivité (elle s'empare de tout ce qu'elle trouve et devient agressive si on veut le lui reprendre, s'habille et se déshabille, urine dans sa chambre, se tape la tête contre les murs...).
- Refus d'aliments.

c) Traitement

Reprise du maternage.

Pas de modification de la chimiothérapie.

d) Evolution

Répétition d'épisodes oniroïdes, en particulier à l'aube. Délire incohérent. Hébétude. Agitation ou prostration.

Le tableau régresse en quelques jours.

Nouvelle rémission du processus délirant, bien que la malade reste déprimée et présente des idées de suicide.

3. Nouvelle période délirante (mars 1971)

Reprise des idées délirantes : alors qu'elle est en permission chez son frère, elle affirme la présence invisible de leur mère parmi eux.

Présentation autistique : la malade est figée, amimique et ne répond aux questions qu'avec réticence et très brièvement.

- Interprétations délirantes : elle présente de l'urticaire et, en raison du prurit, "pense avoir la lèpre".

- Apparition de thèmes hypocondriaques : elle est très préoccupée par sa constipation.

- Bizarrerie du comportement : elle refuse son pécule, sans explication, puis tente de le distribuer aux autres malades.

- Hermétisme de la pensée, altération du système logique : elle affirme la présence invisible de sa mère et en donne pour preuve la chute de son neveu, la crise de rhumatismes dont souffre sa belle-soeur.

L'épisode délirant régresse fin mars, mais la malade reste sans élan vital : elle ne parle pas spontanément, bien qu'elle réponde correctement lorsqu'on s'adresse à elle ; par moments, elle semble absente et si on l'interroge sur ses pensées, déclare "se sentir la tête vide".

Fin mars, elle est transférée au Service Libre. Peu à peu, son état s'améliore de nouveau. Son contact avec les infirmiers devient satisfaisant. Elle s'occupe correctement aux activités ménagères, va à l'ergothérapie, part régulièrement en permission, manifeste un regain de coquetterie.

Mais elle reste encore par moments prostrée, "ne pensant à rien" ; elle présente toujours des barrages et des idées délirantes, bien qu'elle ne les verbalise qu'exceptionnellement ("sa mère est venue la voir la nuit, a posé les mains sur elle ; les étoiles la suivent". "Elle entend la voix très douce du Christ".)

Elle aimerait quitter l'hôpital et on envisage la sortie. Du fait de l'éthylisme de son père, il ne semble pas souhaitable qu'elle aille vivre chez lui. Aussi écrit-on à ses frères pour leur demander de lui chercher un studio dans la région parisienne, à proximité de chez eux.

Traitement

Arrêt du Témentil, remplacé par 3 comprimés de Visken par jour, dans le cadre d'une expérimentation de ce bêta-bloquant comme antipsychotique.

4. Syndrome dépressif atypique, évoluant par périodes

a) Première période

+ Circonstances déclenchantes

- Fin septembre, elle est de nouveau plus déprimée, ayant appris par son père que son mari demandait le divorce (elle pleure, ne mange plus) ;

- Début octobre, alors qu'elle va mieux, on lui apprend le refus de ses frères de lui chercher un logement près de chez eux.

+ Tableau clinique

Le 7 octobre, phase d'agitation anxieuse sur fond dépressif : elle a l'air triste, refuse de dîner, va dans sa chambre, demande qu'on la laisse seule, ouvre et ferme la fenêtre plusieurs fois coup sur coup.

Le 8 octobre, nécessité de reprendre le nursing :

. Attitude d'opposition : elle refuse de se lever, de s'alimenter, de faire sa toilette ;

. Risque suicidaire +++ : elle a dans la main une lame de rasoir qu'on ne lui enlève qu'à grand-peine. Elle se rend à la cuisine du pavillon, s'empare d'un couteau et court vers les W. C. ; il faut s'interposer.

Les idées de suicide sont en relation avec une culpabilité délirante : "elle ne peut expliquer ce qui lui arrive, ce serait trop long et trop dégoûtant ; on ne la croirait pas et on la prendrait pour une folle".

Rémission pendant quelques jours.

b) Deuxième période

+ Circonstances déclenchantes

La citation en conciliation dans la procédure de divorce.

+ Tableau clinique

- Comportement paradoxal, discordant :
pendant quelques jours, elle est très souriante et se promène gaiement.
- Puis, reprise du délire : "sa mère l'oblige à faire des choses qu'elle regrette ensuite. Son mari a contracté la syphilis".
- Agressivité.

Le 1er novembre, nouvelle pulsion suicidaire : en permission chez son père, elle s'enfuit soudain en courant pour aller se jeter dans la Somme. Elle est ramenée au pavillon par des policiers.

Présentation autistique : elle a le regard fixe, répond à peine aux questions qu'on lui pose, marmonne, soupire.

- Syndrome de dépersonnalisation : elle se prend pour l'une de ses cousines.

+ Traitement

. Arrêt du Visken et reprise du Témentil
(Témentil 10 mg : 1 comprimé matin et midi. Témentil 25 mg : 2 comprimés le soir).

. Entretiens individuels (une demi-heure par semaine, à heure et jour fixes) avec Madame F..., l'interne du pavillon où Michèle est hospitalisée.

+ Evolution : nouvelle amélioration.

Sortie de la malade le 10 février 1972. Elle va habiter chez son père et va continuer à avoir chaque semaine un entretien avec Madame F...

D - Brèves notes sur les consultations externes (10/2/1972 au 8/4/1972)

17 février 1972 : état satisfaisant

24 février 1972 : souriante, mais "lointaine".

Elle parle peu, mais exprime son désir de poursuivre les entretiens.

1er mars 1972 : mouvement d'identification au thérapeute, à partir de leurs toilettes. Elle parle de l'époque de ses fiançailles et de sa dispute avec son père à propos de son argent, alors qu'elle avait une vingtaine d'années.

8 mars 1972 : elle parle à Madame F... du plaisir qu'elle éprouve à faire la cuisine, lui donne des recettes...

Elle annonce une absence de trois semaines (elle doit aller aider chez elle une belle-soeur qui va accoucher). Prochain rendez-vous fixé au 5 avril.

5 avril 1972 : absente au rendez-vous.

E - Deuxième hospitalisation - Service Libre - (8/4/72 au 13/4/1972)

1. Facteur déclenchant

Le père de Michèle a l'intention de se remarier. Celle-ci ne pourra plus vivre avec lui, étant donné sa réaction hostile à l'égard de sa future femme.

2. Motif d'hospitalisation

Risque suicidaire (la malade qui a loué une chambre dans une pension de famille, s'y est barricadée mais accepte de revenir à l'hôpital avec Madame F...).

3. Tableau clinique

Dominé par l'anxiété. Pas de reprise apparente du délire.
Contact satisfaisant.

La malade quitte l'hôpital quelques jours plus tard, pour aller vivre chez sa soeur qui propose de l'héberger en attendant qu'elle trouve un logement à proximité de chez elle.

Elle doit poursuivre son traitement chimiothérapique (Témén-til) et ses entretiens avec Madame F... (tous les 15 jours en raison de l'éloignement)

F - Troisième hospitalisation - Service Libre - (8/6/1972 au 29/7/1972)

1. Motif d'hospitalisation

Ramenée par sa soeur et son beau-frère, pour troubles du caractère, bizarrerie du comportement, insomnies et arrêt de la chimiothérapie.

2. Tableau clinique

Délire de mécanisme interprétatif : "sa soeur se fait construire une maison et veut y investir sa pension. Son beau-frère lui cherche des ennuis à propos de son argent."

- Comportement paradoxal : elle écrit à son mari " vouloir faire les premiers pas" et s'accuse "d'avoir été orgueilleuse et de lui avoir rendu la vie impossible".

- Hermétisme de la pensée : "elle n'enverra pas cette lettre à l'adresse de son mari, qu'elle ne connaît pas, mais elle connaît le nom de la ville où il réside, sa rue, son numéro".

- Symbolisme des propos : "la dernière fois que j'ai vu mon mari, c'était chez mon père ; il a pris le train dans une direction opposée".

- Barrages.

3. Evolution sous traitement chimiothérapique

Nouvelle stabilisation.

Sortie le 29 juillet 1972.

Monsieur S. . . , infirmier, avec l'accord de la malade, lui a loué un studio chez une infirmière retraitée, chez laquelle elle vivait, quatre ans plus tôt, avec son mari.

Monsieur S. . . et sa femme, surveillante dans le service, iront lui rendre visite et la recevront de temps à autre.

G - Quatrième hospitalisation -Service Libre - (21/9/1972 au 14/10/1972)

1. Motif de l'hospitalisation

Transférée du Centre Hospitalier Universitaire (Chirurgie) où elle a été suturée après tentative de suicide par section des veines des poignets et absorption d'un flacon de soluté de Théralène.

2. Tableau clinique

Perte de contact avec la réalité.

Reprise d'un délire de mécanisme interprétatif : "elle a voulu mourir en raison des reproches que lui ont adressés récemment certains membres de sa famille. On lui a fait signer un papier plein de chiffres ; elle pense qu'il s'agit d'une affaire d'héritage. . . Sa soeur a sans doute dû signer elle aussi. . . "

3. Traitement

- Reprise de la chimiothérapie
- Début des entretiens avec nous.

II - RELATION DETAILLEE DU CAS

Dans une première partie, nous exposerons chronologiquement l'ensemble du matériel recueilli avant que nous ne prenions en charge Michèle personnellement et, dans une seconde partie, nous ferons état des entretiens que nous avons eus avec elle de septembre 1972 à juillet 1974. L'entretien que nous avons eu avec elle à la veille de sa dernière sortie de l'hôpital marque en fait le seuil de notre relation psychothérapique avec elle et, à partir de là, j'ai tout naturellement employé le "je" pour me désigner dans cette relation.

A - PREMIERE PARTIE

La première hospitalisation

(P. V. du 6/12/70 au 10/2/72)

1. La première admission

Aspect physique de type leptosomè.

Michèle P..., âgée de 25 ans, entre dans le service le 6/12/70, amenée par son mari. Elle est nue dans un sac de couchage.

C'est une femme d'allure frêle, trop mince (43 kg) pour sa taille (1,60 m), au visage étroit encadré de cheveux très courts. Elle somnole, son médecin traitant qui l'envoie à l'hôpital sous le mode de l'internement en Placement Volontaire, lui ayant administré une injection I. M. de Valium 10 mg.

2. Le récit du mari

Déclenchement des troubles après le décès de la mère de Michèle.

Pierre P... raconte au Dr M..., interne du pavillon d'admission, que son épouse a, selon lui, d'abord trop bien supporté le décès de sa mère, à laquelle elle était très attachée et qu'elle allait voir plusieurs fois par semaine. Celle-ci est décédée il y a 2 mois, à 56 ans, d'une hémorragie cérébrale qui l'a laissée 13 jours dans le coma.

Début de la bouffée délirante

L'état de santé de Michèle s'est brusquement détérioré il y a 15 jours. A ce moment, elle a entrepris la lecture du Nouveau Testament afin d'y rechercher son origine et celle du Monde.

Actuellement, elle dit entendre Dieu qui l'appelle, elle Lui parle, déclare vivre avec Lui et porter Jésus-Christ en elle.

Pierre et Michèle P... , mariés depuis 3 ans, n'ont pas d'enfant. Pierre P... qui a changé d'employeur il y a 5 mois, travaille maintenant à 45 km de chez lui et ne peut donc plus rentrer déjeuner. Michèle a refusé de déménager, bien qu'il ait pu trouver un logement à proximité de son nouveau lieu de travail. Elle reste seule toute la journée dans leur appartement ; le soir, lorsqu'il rentre, elle ne lui permet plus de l'approcher et, depuis quelques jours, ne porte plus son alliance...

La personnalité prémorbide

Depuis qu'il la connaît, sa femme lui est toujours apparue comme une personne triste et renfermée, raconte M. P... Il signale aussi ses "sautes d'humeur" : soudain, elle lui adresse un flot de reproches absurdes ou des remarques d'impatience.

"Elle est fragile", dit-il, "éprouve un besoin insatiable de se sentir aimée, alors qu'elle présente une indifférence sexuelle quasi totale..." Il lui reproche d'être infantile, de n'avoir pas su se détacher de sa famille, de sa mère en particulier. Il pense aussi qu'elle présente un certain retard intellectuel, en raison d'un grave accident dont elle a été victime à l'âge de 3 ans 1/2 : alors qu'elle jouait avec un obus, l'engin a explosé, la blessant au visage et à la main droite. Depuis cette époque, elle est pensionnée comme victime civile de la guerre.

La biographie

Pierre P... relate ensuite les grandes lignes de la biographie de sa femme :

Elle est la 3ème d'une famille de 5 enfants. Son père, gardien de la paix retraité, a toujours bu. Sa mère, peu de temps avant son décès, travaillait encore dans la confection.

Lorsqu'elle était enfant, Michèle partit avec toute sa famille pour l'Algérie où son père avait été muté ; mais bientôt, en raison d'une primo-infection, elle fut rapatriée en France où elle vécut chez sa grand-tante "personne d'avis changeant" et son arrière-grand-mère "une femme autoritaire", décédée il y a une quinzaine d'années. Elle garde, dit-il, de bons souvenirs de ce séjour.

A 12 ans 1/2, elle fut admise comme pensionnaire dans une école pour handicapés, d'où elle sortit à 15 ans sans C. E. P.

Entre temps, ses parents étaient rentrés en France et demeuraient temporairement dans la région parisienne. Lorsqu'ils revinrent habiter Amiens, elle les rejoignit aussitôt. Il fut convenu que son père retiendrait chaque trimestre une partie de sa pension pour sa participation aux dépenses ménagères et lui placerait le reste.

Vers l'âge de 20 ans, après un conflit avec son père à propos de son argent, Michèle alla s'installer quelques temps dans une chambre en ville, puis retourna vivre en famille jusqu'à son mariage, à l'âge de 22 ans.

3. Déroulement de l'hospitalisation

Le lendemain de son arrivée dans le service, à 6 h du matin, Michèle veut sortir dans le parc "pour aller respirer Dieu", pieds nus, vêtue seulement d'une chemise de nuit dont elle a déchiré l'ourlet. Comme la porte est fermée à clé, elle casse un carreau à l'aide d'une chaise. Les infirmières parviennent à la remettre au lit, après une injection I. M. de Largactil, prescrite par l'interne de garde.

Dans la journée, tourmentée, méfiante, elle refuse tout contact et toute nourriture. Elle ne cesse de se lever, de se déshabiller. Une infirmière doit constamment lui remettre sa chemise de nuit, la recoucher, tenter de la rassurer par quelques paroles apaisantes.

Elle reçoit, sans une plainte, un traitement d'attaque par voie parentérale (150 mg de Largactil en I. M.) auquel, le 8 décembre, le Dr. M... ajoute 3 ampoules de Nozinan 25 mg. : Michèle a tiré les rideaux de sa chambre et, nue, s'est réfugiée dans un placard.

Bien qu'elle soit toujours sur la défensive, elle confie à l'infirmière qui veille sur elle que "l'obscurité va lui permettre d'arriver plus vite auprès de Dieu. Il faut être dans le noir et se faire toute petite". Puis elle s'étend sur le pavé, les bras en croix.

Elle refuse de s'alimenter sous prétexte qu'elle a mangé Dieu". Le soir, elle se couche sur la table de nuit, les jambes en l'air, ne prétendant pas regagner son lit.

Le 9 décembre, bien qu'elle reste inquiète, aux aguets, le Dr. M... parvient à avoir avec elle un entretien dans le bureau médical : elle exprime des idées de culpabilité vis-à-vis du décès de sa mère, des idées de persécution, un désir de châtiment, d'autopunition. Son visage a une expression de souffrance intense. Son discours, flou, difficile à suivre, est fréquemment interrompu. Par moments, elle se fige sur sa chaise, le regard fixe, dans une attitude d'écoute, entendant Dieu ou sa mère qui lui donne des ordres. Elle exprime des idées de suicide : "J'ai perdu ma liberté, je suis emprisonnée. Les criminels, on les met en prison. Je suis surveillée seconde par seconde. Par moments, j'ai envie de me tuer".

Ses propos ont pour thème la mort ("elle sait qu'elle va mourir jeune"), le Jugement Dernier ("nous sommes des poissons, nous serons tués"), la réincarnation (lorsqu'elle voit passer un oiseau devant la fenêtre). Elle déclare : "Les étoiles, ce sont les maisons des morts. Le soleil, c'est Dieu. Quand il pleut, Dieu n'est pas content. Quand il pleut, je ne suis pas triste, je ne suis pas gaie."

Interrogée sur ses relations avec son mari, elle répond : "Mon mari est un compagnon de route pour atteindre la mort et rejoindre Dieu. L'Homme est emprisonné par Dieu et les êtres humains qui ont vécu". Puis, brutalement, elle quitte le bureau, fuyant le contact.

Le Dr. M... demande aux infirmières de veiller constamment sur elle, de se relayer à son chevet. Aussi, chacune des deux équipes désigne-t-elle pour cette tâche une infirmière et une seconde pour remplacer celle-ci ses jours de repos.

Michèle confie à l'une d'entre elles "que sa mère est auprès d'elle et lui parle souvent ; bien qu'elle ne puisse la voir, elle sait qu'elle est là". Elle dit que "c'est Dieu qui l'a envoyée à l'hôpital" et se plaint de "ne pouvoir dormir car Jésus lui parle continuellement".

Le traitement injectable est poursuivi une semaine, à l'issue de laquelle on note une amélioration sensible : progressivement, Michèle accepte de s'alimenter, d'abord dans sa chambre, puis dans la salle à manger du pavillon, bien qu'il faille toujours l'amener à table. Elle recommence à faire sa toilette, seule et correctement, alors que, durant les premiers jours, il fallait l'y aider : elle se servait de sa brosse à dent pour la toilette intime et se passait la tête sous le robinet d'eau froide.

Bien qu'elle parle toujours peu aux infirmières du pavillon et pas du tout aux pensionnaires, elle bavarde chaque après-midi, dans sa chambre, avec son époux, lors des visites de ce dernier qui fait part aux infirmières de sa satisfaction devant l'amélioration de son comportement. Elle porte de nouveau son alliance qu'il lui a remise sur sa demande ; elle lui a aussi réclamé sa tapisserie, mais n'y a pas encore travaillé.

Après l'interruption du traitement injectable, Michèle reçoit un traitement buvable aux mêmes doses car, si son contact est meilleur, elle reste délirante et hallucinée : elle entend encore sa mère lui parler et dit "savoir que Dieu, Jésus et Marie font des expériences sur elle".

Elle ne refuse jamais son verre de médicaments, mais bientôt une infirmière s'aperçoit que, systématiquement, elle en jette le contenu dans le lavabo... et il faut reprendre le traitement injectable : Michèle redevient distante, lointaine ; elle ne répond qu'évasivement aux questions qu'on lui pose, s'interrompt parfois dans une attitude d'écoute et on redoute un passage à l'acte sous la forme d'une tentative de suicide car on a découvert dans la boîte contenant sa montre un papier où elle a noté ses dernières volontés et les conditions de son enterrement.

Chaque matin, Michèle accepte de descendre dans la salle de séjour du pavillon où souvent encore elle reste figée sur sa chaise, muette, le regard fixe, un peu hagard ; cependant, elle va parfois spontanément aider une personne âgée à se déplacer.

Son comportement reste très variable au cours d'une même journée et il lui arrive encore de s'agenouiller dans un coin, de se promener nue ou d'aller prendre des douches froides...

Elle passe ses après-midi dans sa chambre avec son mari, puis descend dîner dans la salle à manger mais s'alimente toujours très peu. Parfois, à l'heure du repas, elle se cache derrière une porte. Après dîner, elle remonte dans sa chambre où, souvent, elle pleure, disant qu'elle s'ennuie et veut rentrer chez elle. Un soir, elle prépare même sa valise.

Michèle qui ne se plaint jamais des injections, offre aux infirmières qui les lui font les chocolats apportés par son mari.

Le soir du réveillon de Noël, elle accepte de participer à la petite fête organisée dans le pavillon, invite à danser les pensionnaires les plus défavorisées et leur distribue ses friandises.

Le jour de Noël, elle part en permission avec son mari. En la ramenant, celui-ci raconte qu'elle est restée assez indifférente à son entourage ; elle a essayé de faire la cuisine mais brutalement est allée se mettre la tête sous le robinet d'eau froide. Le soir, elle n'a fait aucune difficulté pour rentrer à l'hôpital.

Les jours suivants, Michèle reçoit la visite de ses frères dont deux sont infirmiers, de sa soeur et de son beau-frère, tous deux instituteurs, et de son père. Tous la trouvent mieux, bien qu'elle leur parle peu.

Son mari l'emmène de nouveau en permission les 1er et 3 janvier. Le 5 janvier, quoique les infirmiers ne notent aucun changement (elle a toujours peu de contact, s'isole dans le noir et refuse de s'alimenter), Michèle leur déclare "se sentir beaucoup mieux, mais affaiblie physiquement".

Au cours de l'entretien qu'elle a avec le Dr. M... , elle lui dit "être marquée par le destin et penser avoir un cancer au cœur". Cependant celui-ci va devoir interrompre les injections et reprendre un traitement per os (250 mg de Largatrex/j, associés à 90 mg de Nozinan et à 3 gélules de Mefexadyne/j.) car les infirmiers lui ont signalé que les produits injectés ne se résorbaient plus.

Les jours suivants, l'état de la malade reste stationnaire : elle ne mange guère, "se trouve plus laide qu'à son entrée", continue à s'isoler dans le pavillon, incapable de se lier aux autres pensionnaires... En revanche, elle s'occupe : elle fait sa tapisserie, ne refuse jamais son aide pour la vaisselle et se propose même pour les tâches les plus ingrates, sans doute dans un désir d'auto-punition, lavant pieds nus les carrelages du pavillon.

Le 8/1/71, les infirmiers signalent au Dr. M... que Michèle commence à faire des difficultés pour prendre son traitement qui, par ailleurs, la rend somnolente. Il la revoit donc et, la trouvant ralentie, interromp les neuroleptiques sédatifs pour prescrire un neuroleptique incisif : le Témentil (25 gouttes matin et midi, 50 gouttes le soir), associé seulement à 50 gouttes de Théralène et 1 cp. de Dormalone au coucher.

Sous Témentil, l'état de la malade s'améliore et se stabilise. Son contact devient meilleur.

Elle part en permission avec son mari tous les week-ends et avec son père chaque jeudi.

Au cours d'une permission, elle présente une sialorrhée et des tremblements. Son père la ramène aussitôt. Après une injection I. V. de Ponalide, les manifestations extra-pyramidales disparaissent. Le Dr. M... ajoute alors à son traitement 3 cp. d'Artane 5 mg. et 3 cp. de Ponalide.

Michèle se sent bien. Son mari explique aux infirmiers qu'elle s'occupe correctement dans son appartement au cours de ses permissions et, se faisant son interprète, à la mi-janvier, dit à une infirmière qu'elle aimerait quitter le service où elle s'ennuie et rentrer chez elle.

Mais, deux jours plus tard, elle présente une reprise des troubles sous la forme d'épisodes confuso-oniroïdes qui vont se répéter pendant quelques jours, en particulier à l'aube.

Une infirmière doit rester toute la journée à ses côtés car Michèle s'empare de tout ce qu'elle trouve et devient agressive quand on essaie de le lui reprendre, ne cesse de s'habiller et de se déshabiller, se couche à même le sol, urine dans sa chambre, se frappe la tête contre les murs... Elle touche à peine à la nourriture qu'on lui apporte. Son discours, flou, difficile à suivre, a pour thème essentiel le décès de sa mère...

Cependant, le lendemain, comme elle apparaît plus calme, son mari, bien que prévenu de l'aggravation, décide de l'emmener en permission pour la journée. Il signale en la accompagnant qu'elle est restée prostrée dans un coin de l'appartement, tenant des propos incohérents. A son retour au pavillon, elle se déshabille et va s'agenouiller près d'un radiateur.

Le lendemain, elle part en permission avec son père qui la ramène plus tôt que prévu : l'air hébété, elle marmonnait des propos décousus. A son retour au pavillon, elle met ses affaires sens dessus dessous. Pendant deux jours elle ne quitte pas sa chambre, restant le plus souvent couchée, s'alimentant à peine. Le troisième jour, l'infirmière qui restait constamment auprès d'elle parvient à la faire descendre dans la salle à manger pour prendre son repas, puis à la faire asseoir dans la salle de télévision avec les autres pensionnaires, mais Michèle reste figée sur son siège, ne répondant pas lorsqu'on lui parle.

Deux jours plus tard, elle retourne en permission avec son mari qui déclare en la ramenant que "son comportement a été satisfaisant". Les infirmières constatent également une amélioration de son état.

En plus des permissions avec son père et son époux, la malade sort de temps à autre avec ses frères ou sa grand-mère.

Au retour d'une permission, le père de Michèle raconte à une infirmière que son gendre lui a dit ne plus vouloir reprendre la vie commune avec sa fille ; il estime donc qu'il ne devrait plus venir la voir, ni l'emmener en permission et souhaite qu'on le lui dise. Il craint aussi que Michèle, au courant des intentions de son mari, ne tente de se suicider.

Quelques jours plus tard, Michèle raconte à son frère Philippe. = qui rapporte ses propos à une infirmière. - que "depuis quelques temps son mari devient de plus en plus distant avec elle, qu'ils ont cessé toute vie intime depuis longtemps et que, depuis un mois, il a une maîtresse, ce qui", ajoute-t-elle, "est normal puisqu'elle va mourir ici. Elle songe à se suicider, mais la religion le lui interdit".

Dans le pavillon elle s'isole à nouveau, fait des difficultés pour aller à table, ne mange rien. Une infirmière, en entrant dans sa chambre, la trouve "armée" d'une pince et d'une lime de métal qu'elle essaie de dissimuler en se cachant derrière la porte... Questionnée sur ses intentions, Michèle avoue, en pleurant, avoir des idées de suicide et exprime sa décision de passer à l'acte.

Sollicitée alors par l'infirmière avec douceur et bienveillance, mais aussi avec fermeté, elle accepte de se rendre à l'atelier d'ergothérapie où elle s'occupe comme un automate, parlant seule : "son mari était pourtant heureux avec elle ; leurs rapports étaient normaux ; si elle était chez elle, libre, elle pourrait essayer de le reconquérir"...

C'est alors que Françoise et son mari prennent rendez-vous avec le Dr. Nachin. Ils lui disent leurs inquiétudes quant à l'état de santé de Michèle et lui font part de l'intention de Pierre de se séparer de sa femme : "il nous l'a dit et doit d'ailleurs le lui avoir annoncé à elle aussi."

Le Dr. Nachin écrit alors à Pierre P..., afin de lui faire préciser ses intentions. Il lui demande de bien réfléchir avant de prendre une décision et lui souligne le fait que, s'il est fermement décidé à se séparer de son épouse, c'est susciter en elle de vains espoirs que de lui rendre visite et la sortir en permission régulièrement.

Pierre P... vient alors trouver le Dr. Nachin pour lui confirmer de vive voix sa décision de divorcer, expliquant que c'est la séparation due à l'hospitalisation de son épouse qui l'y a déterminé. Il a annoncé son intention à celle-ci juste avant sa rechute et a déjà réglé plusieurs problèmes matériels avec son beau-père et l'un de ses beaux-frères. Dorénavant, il n'emmènera plus Michèle en permission pendant les week-ends et va cesser ses visites.

Si, dans le pavillon, le comportement de Michèle se stabilise (elle dort bien, vient spontanément prendre ses repas au réfectoire, mange mieux, est agréable, sourit lorsqu'on s'adresse à elle, aide aux tâches ménagères, fait de la tapisserie et regarde la télévision...), elle s'inquiète et pleure de ne plus voir Pierre.

Depuis que celui-ci ne vient plus, sa famille l'entoure pourtant encore davantage : ses frères et soeur viennent la voir deux ou trois fois par semaine ; son père l'emmène en permission non plus seulement les jeudis, mais aussi les samedis et dimanches. Mais, à chacun de ses retours au pavillon, Michèle demande si son mari n'est pas venu la voir pendant son absence...

En raison de l'amélioration globale de l'état de la malade, le Dr. M... réduit son traitement à 75 gouttes de Témentil par jour (25 gouttes matin, midi et soir) associées à 25 gouttes de Théralène et 1 comprimé de Dormalone au coucher.

En mars 1971, le père de Michèle demande une permission de dix jours pour qu'elle puisse se rendre chez son frère aîné qui habite la région parisienne avec sa femme et ses deux enfants.

A l'issue de cette permission, celui-ci en adresse un compte-rendu au Dr. Nachin : il écrit qu'"au début, Michèle était gaie, détendue, plaisantait volontiers, acceptait de jouer aux cartes avec eux, les a même accompagnés au Salon des Arts Ménagers... Mais les trois derniers jours elle a recommencé à délirer, affirmant la présence invisible de leur mère parmi eux, en donnant pour preuve la chute de son neveu, une crise de rhumatismes dont souffrait sa belle-soeur... Elle se plaignait aussi d'être constipée malgré les laxatifs et restait des heures enfermée aux W.C. Elle a exprimé, par ailleurs, à la fin de la permission, son appréhension de rentrer au pavillon"...

C'est pourquoi, lorsqu'il la ramène, son père demande qu'elle soit transférée au Service Libre, service plus calme que le pavillon d'admission car moins encombré, plus agréable aussi par ses chambres individuelles ou à quatre lits, ses larges baies vitrées, son installation sanitaire moderne et sa "porte ouverte"... Mais cela n'est pas possible car Michèle est de nouveau figée, amémique et ne répond aux questions qu'avec réticence et très brièvement. Elle n'extériorise pas d'idées délirantes mais surprend les infirmiers par la bizarrerie de son comportement : lorsqu'ils distribuent le pécule, elle refuse d'abord le sien, sans vouloir donner d'explication, puis tente de le donner à d'autres malades.

Elle présente un léger urticaire et très angoissée, dit au Dr. M... qu'"elle ressent des démangeaisons et pense avoir la lèpre"... Celui-ci la rassure et prescrit un traitement antiallergique (3 comprimés de Midronal/jour) pour supprimer la sensation prurigineuse.

La poussée anxieuse régresse en même temps, mais Michèle manque d'élan vital. Elle ne parle pas spontanément, bien qu'elle réponde correctement lorsqu'on s'adresse à elle. Par moments, elle semble "absente" et si on l'interroge sur ses pensées, déclare "se sentir la tête vide, ne penser à rien"...

Elle ne parle plus de son mari, bien qu'on sache par sa famille qu'elle a essayé de lui téléphoner deux ou trois fois, en vain, pendant ses permissions. Après une permission cependant, en larmes, elle raconte à une infirmière qu'elle l'a revu et qu'il lui a confirmé son intention de divorcer pour vivre avec une autre.

Fin mars 1971, elle est transférée au Service Libre, après l'avoir visité. Là, ses activités sont les mêmes qu'au pavillon d'admission (ménage, tapisserie, télévision...). Elle continue à aller régulièrement en permission avec son père, mais les infirmiers ont parfois l'impression que celui-ci titube en marchant. Michèle, très triste, leur confie alors que "depuis quelques temps, il ne peut plus se retenir de boire, même les jours où il vient la chercher".

Faisant le point en réunion, fin avril, l'équipe constate finalement que Michèle a grossi de trois kilos, bien qu'elle mange toujours peu ; elle dort bien, s'occupe correctement dans le service, ne prend plus que 60 gouttes de Témentil par jour (15 gouttes matin et midi, 30 gouttes le soir). Lors d'un entretien avec le Dr. M..., elle lui dit qu'"elle espère sortir un jour de l'hôpital"...

En mai, son traitement est réduit à 50 gouttes de Témentil/j. (10 gouttes matin et midi, 30 gouttes le soir). Michèle dont le contact avec l'équipe soignante est satisfaisant, déclare vouloir "réintégrer la vie normale".

Début juin, son père l'emmène huit jours chez lui puis écrit au Dr Nachin qu'il la trouve beaucoup mieux : elle s'est occupée aux activités ménagères, a fait quelques visites dans sa famille, a manifesté un regain de coquetterie, s'intéressant de nouveau aux magasins de vêtements... Mais il s'inquiète de la voir prostrée par moments et affirmer alors ne penser à rien.

Michèle va ensuite passer, sans incidents, quelques jours chez son frère aîné et rentre satisfaite de son voyage. Mais, au pavillon, les infirmiers remarquent qu'elle présente encore des barrages et même des idées délirantes, bien qu'elle ne les verbalise qu'exceptionnellement (un matin, elle affirme que "sa mère est venue la voir pendant la nuit, a posé ses mains sur elle ; les étoiles la suivent" ; elle dit "entendre la voix très douce du Christ"...)

Début juillet, le Dr. M... quitte l'hôpital et une nouvelle interne, Madame F..., est affectée au Service Libre.

En juillet et en août, la vie de Michèle reste la même. Habituellement souriante, agréable, elle semble parfois triste et préoccupée, se demandant ce qu'elle va devenir (elle préférerait ne pas aller vivre avec son père qui boit). Il arrive qu'elle parle de son mari, en pleurant, ou dise qu'elle s'ennuie, qu'"elle ne sera plus jamais comme une autre".

Elle va trois semaines en permission, fin août et début septembre, chez ses frères (Philippe a déménagé et réside maintenant dans la même ville que Jacques). A l'issue de cette permission prolongée qui s'est bien déroulée, elle semble fatiguée, sans ressort, a une TA basse et pincée et se plaint de mal dormir.

Mme F... arrête alors le Témentil qu'elle remplace par du Viskén, dans le cadre d'un travail de recherche sur les propriétés anti-psychotiques du produit, d'abord à la dose d'1/2 comprimé à 5 mg. 3 fois par jour, puis une semaine plus tard, d'1 comprimé 3 fois par jour. Elle essaie de corriger la tendance à l'hypotension par la Néosynéphrine (15 gouttes à 5 pour cent 3 fois par jour) et l'insomnie par 1 comprimé de Mépronizine.

Après quelques jours de repos, Michèle est de nouveau détendue, souriante. A la mi-septembre, Mme F... aborde avec elle le problème de son avenir. Elles tombent d'accord sur le fait qu'il vaudrait mieux - le père de Michèle buvant, ce qui la déprime - qu'elle n'aille pas vivre chez lui.

Par ailleurs, Michèle craint la solitude, redoute son divorce. Une solution lui conviendrait, si ses deux frères l'acceptaient : elle irait vivre dans la ville où ils demeurent, dans un studio, ayant son autonomie, mais aussi la possibilité de se rendre régulièrement auprès d'eux.

Le Dr. Nachin écrit donc aux frères pour solliciter leur concours. Ceux-ci, sans refuser catégoriquement, soulèvent une objection : la solution envisagée leur semble beaucoup trop onéreuse. Il serait préférable, répondent-ils, que Michèle trouve un logement dans la Somme où les loyers sont moins élevés ou mieux encore, aille vivre en foyer. L'un d'entre eux suggère même de l'envoyer en maison de repos "pour qu'elle puisse être surveillée"...

Entre temps, Michèle apprend par son père que son mari a demandé le divorce. Comme elle est de nouveau déprimée, pleure et ne mange plus, Mme F... attend début octobre pour lui communiquer l'échec de la démarche auprès de ses frères. Le visage de Michèle s'assombrit aussitôt, son attitude se fige, son contact devient lointain. au bout d'un moment, elle déclare cependant "vouloir sortir de l'hôpital et prendre une chambre meublée dans la ville". Elle dit appréhender son divorce, être anxieuse à l'idée de se retrouver seule. "A l'hôpital, elle se sent en sécurité. Dehors, sans appui, que va-t-elle devenir ?" .

Bien qu'elle reste au lit une demi-journée et refuse un repas, son état se maintient pendant quelques jours.

Le 7 octobre, elle part en permission avec son père qui l'emmène au cinéma. Si l'après-midi se passe bien, à son retour au pavillon, elle apparaît triste, angoissée, refuse de dîner, va dans sa chambre, demande qu'on la laisse seule, ouvre et ferme la fenêtre plusieurs fois coup sur coup... Elle passe cependant une bonne nuit, après s'être entretenue avec Mme F... et avoir reçu une injection I. M. de 25 mg. de Nozinan.

Le lendemain matin elle refuse de se lever, de prendre son petit déjeuner, de faire sa toilette. Elle se mord les lèvres jusqu'au sang. Un infirmier s'aperçoit qu'elle tient dans la main une lame de rasoir et ne parvient à la lui enlever qu'à grand-peine. Toute la journée une infirmière va rester auprès d'elle. Michèle est tendue, crispée, n'accepte pour tout déjeuner qu'un bol de potage. L'après-midi, elle va s'enfermer un moment aux W. C. d'où on la fait sortir après en avoir ouvert la porte avec le passe-partout ; le soir, elle refuse de dîner, court jusqu'à la cuisine du pavillon, puis vers les W. C. L'infirmière s'interpose. Michèle s'est emparée d'un couteau. Pour tout commentaire, elle déclare : "c'est pour en finir ; ce serait trop long à expliquer". Le Dr Nachin prescrit une injection I. M. d'Equanil. Michèle passe une bonne nuit.

Le jour suivant, son contact est meilleur, bien qu'elle refuse de dire ce qui la préoccupe. Elle accepte de venir dans la salle de séjour du pavillon. Si le midi elle ne prend qu'un potage, le soir elle s'alimente mieux. Le 10 octobre,

l'amélioration se maintient. Pourtant elle refuse de parler à son père venu lui rendre visite. Elle dîne correctement, dit qu'elle se sent mieux et explique que "ce qui lui est arrivé l'avant-veille n'a rien à voir avec le passé : c'est une affaire très personnelle qui peut arriver à n'importe qui à un moment de son existence. Il lui est impossible de l'expliquer car ce serait trop long. C'est un choix personnel ; de plus ce serait trop dégoûtant, on ne la croirait pas et on la prendrait pour une folle."

Le 11 octobre, la citation en conciliation arrive à l'hôpital. Elle doit avoir lieu le 2 novembre dans la ville où Pierre P... travaille et maintenant réside.

Michèle ne réagit pas sur le mode dépressif à la lecture de cette lettre ; elle est au contraire très souriante et se promène gaiement. Cette réaction paradoxale semble superficielle à l'équipe soignante.

Aussi, bien que Michèle déclare vouloir aller en conciliation, le Dr. Nachin juge-t-il plus sage d'adresser au Président du Tribunal de Grande Instance un certificat qui excuserait son absence au cas où elle ne serait pas en état de s'y rendre. Un double de ce certificat est adressé au père de la malade, accompagné d'une lettre lui demandant de la faire représenter par un avoué. Le Dr. Nachin demande aussi à M. R... d'accompagner sa fille le jour de la conciliation, si elle maintenait son projet d'y aller. Une demande de Curatelle est adressée au Juge des Tutelles, afin que son père ou l'un de ses frères soit désigné par le conseil de famille pour l'aider à gérer ses affaires, lors de l'éventuelle liquidation de la communauté avec son mari au moment du divorce.

L'état de santé de Michèle ne tarde pas à se dégrader : elle n'a plus aucun contact ; son visage est triste et buté, elle refuse de s'alimenter... Elle prétend que "sa mère l'oblige à faire des choses qu'elle regrette ensuite et que son mari a contracté la syphilis".

Son père qui la voit ainsi souhaite rencontrer le Dr. Nachin pour lui demander conseil : ne vaut-il pas mieux qu'elle n'aille pas en conciliation ?

Le 29 octobre, Michèle refuse de prendre son traitement. Elle est très délirante. Elle veut se rendre seule en ville et lorsque Mme F... lui demande pourquoi, lui répond d'un ton agressif que "ça ne la regarde pas". On ne la laisse pas partir.

Le 31 octobre, son père l'emmène en permission pour deux jours, mais le 1er novembre elle s'enfuit soudain en courant pour aller se jeter dans la Somme. Son père court derrière elle, appelle à l'aide des policiers qu'il croise... Ceux-ci ramènent Michèle à l'hôpital.

Elle a le regard fixe, est hallucinée, pense être l'une de ses cousines, répond à peine aux questions qu'on lui pose, marmonne, soupire...

On l'hospitalise en pavillon fermé. Deux jours plus tard, elle va mieux et peut revenir au Service Libre.

A la suite d'une réunion de supervision des médecins, Mme F... propose de prendre en charge Michèle en entretiens réguliers. Après avoir arrêté le Viskén, elle remet la malade sous Témentil (1 comprimé de Témentil 10 matin et midi, 2 Témentil 25 le soir) et Théralène (50 gouttes au coucher). Mme F... reçoit Michèle régulièrement une demi-heure par semaine, à jour et heure fixes. Nous ne pouvons rapporter le contenu de ces entretiens dont il n'existe pas de notes.

A partir du 11 novembre, Michèle recommence à aller régulièrement en permission avec son père. A la mi-décembre, elle obtient l'autorisation de sortir seule en ville. Son traitement est diminué fin décembre (arrêt des 2 comprimés de Témentil 25, remplacés par 2 comprimés de Témentil 10).

Fin janvier 1972, Michèle demande une permission de quinze jours pour se rendre chez sa soeur et son beau-frère. La permission se passe bien ; Michèle va même une fois au bal avec le jeune couple.

Elle se sent bien, ose remonter à mobylette... et demande sa sortie définitive, qu'elle obtient le 10 février 1972.

Elle va habiter chez son père. Elle doit continuer le même traitement chimiothérapique et il est convenu avec elle qu'elle reviendra chaque semaine auprès de Mme F..., pour sa séance de psychothérapie.

4. Les entretiens avec Mme F... (période du 8/2/1972 au 8/4/1972)

Huit jours après sa sortie, Michèle vient à son rendez-vous à mobylette. Son moral est excellent. Elle est heureuse de vivre au dehors, s'occupe chez son père aux activités ménagères, fait de la couture, va se promener en ville... Mais elle aimerait aussi se faire des amies, déclare-t-elle à Mme F..., afin de vivre "dans un nouvel univers".

La semaine suivante, elle parle peu, semble "lointaine" bien que souriante et exprime son désir de poursuivre les entretiens.

Au cours de la séance du 1er mars, joyeuse, Michèle décrit à Mme F... la robe qu'elle vient de s'acheter, lui demande ce qu'elle en pense. Elle complimente Mme F... sur l'élégance habituelle de ses toilettes, la netteté de sa coiffure, lui dit qu'elle est jolie et voudrait lui ressembler.

Pour la première fois depuis quatre mois, elle lui parle de son mari, de l'époque de leurs fiançailles. Elle lui raconte la dispute avec son père à propos de son argent.

Elle avoue aussi à Mme F... avoir diminué son traitement, ce pour quoi celle-ci la désapprouve et "la réprimande un peu".

Durant la semaine, Michèle et Mme F... se rencontrent en ville et font quelques courses ensemble.

La semaine suivante, Michèle parle à Mme F... du plaisir qu'elle prend à faire la cuisine, lui donne les secrets de ses préparations culinaires... A la fin de l'entretien, Michèle annonce à Mme F... qu'elle sera absente pendant trois semaines, car elle doit aller aider chez elle l'une de ses belles-soeurs qui va accoucher. Le prochain rendez-vous est donc fixé au 5 avril.

Echec du retour de Michèle auprès de son père, lié en partie au projet de remariage de ce dernier :

A la mi-mars, Françoise, la soeur de Michèle, adresse au Dr. Nachin une lettre lui annonçant que leur père a l'intention de se remarier. Il est venu l'en informer, signifiant que la présence de Michèle chez lui devenait indésirable compte-tenu de sa réaction hostile vis-à-vis de sa future femme. Françoise écrit s'être entretenue avec Michèle des projets de leur père et lui avoir suggéré d'aller vivre en pension de famille, solution que celle-ci, sans en paraître enchantée, n'a cependant pas rejetée. Le 5 avril, Michèle ne vient pas au rendez-vous fixé par Mme F.

Le 8 avril, Joël, son jeune frère, vient à l'hôpital et explique qu'elle a quitté la maison paternelle. Il l'a cherchée dans la ville et a fini par la découvrir dans une pension de famille. Là on lui a dit que depuis trois jours, elle ne quittait pas sa chambre, n'avait pris aucun repas. Il est monté pour la voir mais elle a refusé de lui ouvrir. On craint une tentative de suicide.

Après discussion entre nous, il est convenu que Mme F... ira la voir et tentera d'intervenir pour la ramener à l'hôpital.

Mme F... se rend donc sur place, se nomme et parle à travers la porte. Au bout d'un moment, Michèle accepte de la recevoir. Mme F... demande qu'on lui monte un plateau et, tout en causant, Michèle consent à manger. Elle accepte ensuite de revenir à l'hôpital avec Mme F... qui appelle un taxi et la ramène au Service Libre où on reprend le traitement qu'elle suivait à sa sortie.

La deuxième hospitalisation
(en Traitement Libre, du 8/4 au 13/4/1972)

Le 8 avril, Michèle est donc réhospitalisée, en traitement libre.

Le lendemain, anxieuse, elle reste un long moment en compagnie d'une infirmière à laquelle elle confie qu'elle aimerait aller chez son frère : "elle serait rassurée de se sentir entourée, d'avoir quelqu'un sur qui compter pour l'aider à surmonter ses problèmes actuels".

Le 10, sa soeur vient la voir et l'emmène en permission. Puis, elle prend rendez-vous avec Mme F...

Le 11, Michèle va nettement mieux ; souriante et détendue, elle se promène avec l'une des pensionnaires du pavillon et sort seule en permission l'après-midi.

Le 13, au cours de son entretien avec Mme F..., Françoise raconte que Michèle est venue la voir il y a quelques temps pour lui parler du projet de remariage de leur père-qu'elle devait connaître depuis plusieurs semaines-et lui a dit qu'elle ne pouvait désormais plus vivre chez lui. D'ailleurs, son jeune frère a quitté lui aussi la maison paternelle.

Françoise propose, en accord avec son mari, d'héberger Michèle quelques temps, en attendant de lui trouver un petit logement indépendant près de chez eux.

Le Dr. Nachin reçoit à la même heure le père de Michèle qu'il a convoqué ; il obtient son accord pour confier Michèle à Françoise et la sortie est faite aussitôt.

Vu la distance (110 km), Michèle ne viendra plus que tous les quinze jours poursuivre ses entretiens psychothérapiques avec Mme F...

Michèle est venue une fois au moins, Mme F... en ayant parlé à la réunion de supervision mutuelle des médecins. Elle se plaisait chez sa soeur, chez qui elle s'occupait aux tâches ménagères. Nous ne disposons pas de notes sur d'autres rencontres éventuelles.

La troisième hospitalisation

(en Traitement Libre, du 8/6 au 29/7/1972)

L'impasse de l'installation de Michèle auprès de sa soeur et de son beau-frère :

Le 8/6/1972, la soeur et le beau-frère de Michèle, excédés, demandent un entretien au Dr. Nachin. "C'est devenu invivable", dit Françoise, "elle est entrée en conflit avec ma belle-mère qui demeure avec nous depuis plusieurs années, s'occupant de nos deux enfants lorsque nous travaillons".

"Michèle", raconte-t-elle, "veut, en leur absence, diriger la maison, mais refuse de participer aux tâches ménagères, se bat avec sa nièce de 8 ans, mange un paquet de bonbons devant les enfants sans même leur en offrir un... Par ailleurs, elle a arrêté son traitement qui, selon elle, l'abrutissait. Elle ne dort plus et se promène toute la nuit à travers la maison. Elle transporte en permanence des lames de rasoir dans son sac à main, ce qui n'est pas sans les inquiéter. Elle se tient convenablement lorsque son beau-frère est présent, mais elle est désagréable avec sa soeur et la belle-mère de celle-ci en son absence.

Sa soeur lui a prêté la chambre de son fils et, pour qu'il soit bien entendu, pour l'enfant comme pour la malade, que c'est une situation provisoire, l'armoire à vêtements du garçonnet est restée dans la pièce. Michèle la ferme à clé. Il y a quelques temps, elle a vidé cette armoire sur le lit d'une autre chambre, alors qu'elle devait aller s'installer peu de temps après dans son propre appartement. Ils craignent donc qu'elle ne s'installe définitivement chez eux et la belle-mère de Françoise menace de les quitter si Michèle reste".

Le Dr. Nachin propose alors le retour de Michèle à l'hôpital, en attendant de trouver une chambre en ville. Après un long entretien qui revêt un caractère de soutien psychothérapique d'urgence pour la soeur de Michèle, ils quittent le bureau rassérénés, déculpabilisés de devoir renoncer au projet d'installer Michèle auprès d'eux, plus au clair avec les difficultés psychologiques de leur soeur et belle-soeur et décidés à continuer à lui apporter une aide plus limitée. Spontanément, ils envisagent de la prendre en permission le week-end suivant.

En effet, au cours de cette rencontre, si le beau-frère de Michèle reconnaît leur échec, a conscience du sérieux des troubles de sa belle-soeur sans se culpabiliser excessivement, la soeur de notre malade est subdéprimée, anxieuse et désespérée. Elle oscille entre s'interroger sur une part de comédie et de méchanceté dans les manifestations de sa soeur ou admettre plus pleinement une maladie pour laquelle elle se culpabilise de ne pas parvenir à l'aider. Profitant de l'intelligence et de la sensibilité du jeune couple, le Dr. Nachin leur explique plusieurs éléments de sa propre compréhension de l'attitude de Michèle : cette dernière a eu tendance à se comporter auprès d'eux tantôt comme si elle était leur fille, ce qui éclaire son attitude envieuse vis-à-vis de leurs enfants, tantôt comme si elle était la mère au foyer, ce qui permet de comprendre ses réactions vis-à-vis de leur mère et belle-mère, alors que ces deux mouvements contradictoires sont incompatibles et qu'aucun des deux rôles n'est tenable ni pour elle ni pour eux.

Dans la journée, Michèle arrive au Service Libre, sans avoir fait de difficultés et même avec satisfaction et demande à voir le Dr. Nachin. "Sa soeur se fait construire une maison", lui déclare-t-elle, "et veut y investir sa pension ; son beau-frère lui cherche des ennuis à propos de son argent..."

En fait, elle est très "près de ses sous" et donne juste le nécessaire pour sa pension. Il est possible toutefois que sa famille lui ait proposé de lui emprunter temporairement une partie de ses économies pour faciliter une opération immobilière.

Le Dr. Nachin la remet sous traitement (3 comprimés de Témentil 10 mg par jour et 30 gouttes de Théralène le soir) et Michèle reprend ses activités dans le service. Au week-end, elle se rend comme prévu chez sa soeur qui relate par lettre son comportement, satisfaisant, et l'invite de nouveau quinze jours plus tard car le dimanche suivant Michèle est invitée chez sa grand-tante.

Fin juin, une infirmière trouve une lettre de Michèle, qu'elle destinait à son mari, où elle écrit "vouloir faire les premiers pas" et s'accuse "d'avoir été orgueilleuse, de lui avoir rendu la vie impossible"... Interrogée à propos de cette lettre par Mme D..., l'interne qui remplace Mme F... (qui va d'ailleurs bientôt quitter l'hôpital), Michèle lui déclare bizarrement qu'"elle n'enverra pas cette lettre à l'adresse de son mari, qu'elle ne connaît pas, mais elle connaît le nom de la ville où il réside, sa rue, son numéro".

"La dernière fois que je l'ai vu", dit-elle, "c'était chez mon père ; il a pris le train dans une direction opposée". Au cours de cet entretien, Mme D... note de nombreux barrages et elle augmente la dose de Témentil (3 comprimés de Témentil 25 mg/jour).

Lorsque l'état de la malade redevient satisfaisant, se pose le problème de lui trouver une chambre en ville. Les médecins du service sont décidés à faire la tentative d'autonomiser Michèle, alors qu'une partie de sa famille et des infirmiers du service pensent qu'elle en est incapable et qu'elle ne tiendra pas huit jours en ville.

En juillet, l'un des infirmiers du service, M. S... , en bavardant avec elle, apprend qu'elle avait habité son quartier quatre ans plus tôt, avec son mari. Elle occupait alors un studio chez une infirmière retraitée. Après en avoir parlé au Dr. Nachin, M. S... va trouver celle-ci et lui demande s'il lui serait possible de louer de nouveau un studio à Michèle. L'affaire est conclue, en accord avec la malade.

Le 29 juillet, le Dr. Nachin accorde sa sortie à Michèle. Il adresse une lettre au médecin généraliste de ce quartier, qui avait fait hospitaliser Michèle en décembre 1970 ; il lui indique le traitement prescrit à la sortie de la malade et l'informe qu'elle sera suivie régulièrement au dispensaire d'hygiène mentale.

Après sa sortie, Michèle doit aller passer quinze jours chez Philippe, puis ira vivre dans son studio. M. S... et sa femme, surveillante du service, que Michèle connaît bien, proposent d'aller la voir et de l'inviter chez eux de temps à autre, ce qu'ils continuent d'ailleurs toujours à faire.

La quatrième hospitalisation

(en Traitement Libre, du 21/9 au 14/10/1972)

Le 16 septembre, le Dr. Nachin est averti de l'hospitalisation de Michèle dans un service de chirurgie où elle a été suturée à la suite d'une tentative d'autolyse par section des veines des poignets. Elle avait, de plus, absorbé un flacon de soluté de Théralène.

Le 20 septembre, une infirmière de ce service accompagne la malade à la consultation du dispensaire, car le chirurgien aimerait avoir l'avis du psychiatre. Le Dr. Nachin conseille une réhospitalisation au Service Libre où elle est transférée dès le lendemain.

A l'entrée, elle est profondément triste, lointaine. Lors de l'entretien avec Mme D... , elle déclare "avoir voulu mourir en raison des reproches que lui ont adressés récemment certains membres de sa famille", mais ne veut pas en dire plus : elle a déjà exposé ses problèmes au Dr. Nachin.

Elle avoue avoir d'abord diminué son traitement qui "agissait sur les connexions de son cerveau. - elle l'a lu sur la notice - et lui provoquait des absences", puis, en raison d'une aménorrhée, l'avoir totalement arrêté.

Le lendemain de son arrivée, elle dit aux infirmiers se sentir sécurisée dans le pavillon, puis leur expose ses inquiétudes à propos d'un "papier plein de chiffres" que lui aurait fait signer Philippe, sans même le lui avoir laissé lire. Elle craint qu'"il ne s'agisse d'une affaire d'héritage... Sa soeur a sans doute dû signer elle aussi...".

Dans le pavillon, elle ne parvient guère à s'occuper, à cause des fils de suture qu'elle a aux deux poignets et qu'on ne pourra ôter avant quatre ou cinq jours. A table, elle ne réussit pas à couper sa viande et comme "elle n'ose pas faire appel à ses voisins", les infirmiers la lui apportent toute coupée.

A notre retour de vacances, nous sommes affecté au Service Libre et faisons la connaissance de Michèle. Nous connaissons déjà son histoire, pour en avoir entendu parler par Mme F... au cours de la réunion hebdomadaire des médecins du service.

Michèle nous dit qu'après sa précédente sortie, elle ne s'est pas rendue chez son frère comme prévu. Au bout de quelque temps celui-ci lui a écrit, lui demandant quand elle viendrait. Aussitôt elle est allée chez lui où, nous dit-elle, "comme elle avait apporté un beau cadeau à sa belle-soeur, elle a été bien reçue. Mais son petit neveu de trois ans, répétant les propos de ses parents, lui a bientôt reproché de venir manger leur pain." Dès le lendemain, elle les a quittés, sans explication. Sa belle-soeur travaillait. Son frère, quoique mécontent de son départ, l'a laissée s'en aller...

Elle nous raconte, comme elle l'avait déjà dit aux infirmiers, avoir dû signer un papier plein de chiffres...

"De retour chez elle, elle s'est sentie très seule et a voulu mourir. Elle regrette ce qu'elle a fait et ne recommencera plus".

Elle n'a pas revu Mme F... depuis plus de deux mois. Elle lui a écrit mais sa lettre est restée sans réponse.

Elle espérait, lors de son hospitalisation en chirurgie, avoir la visite de son père, mais celui-ci n'est pas venu car il était parti chez Jacques à l'occasion d'une nouvelle naissance.

Elle n'a pas revu non plus sa soeur depuis plus d'un mois. De temps à autre, elle va passer quelques heures chez Joël qui habite à quelques km de chez elle.

Elle ne veut pas, nous dit-elle, rester longtemps à l'hôpital ; le Dr. Nachin lui aurait d'ailleurs promis de ne pas l'y maintenir plus de trois semaines..

Elle désire obtenir rapidement une permission afin d'aller régler son loyer et de conserver son studio : elle s'y plaft, s'entend bien avec ses logeuses avec lesquelles elle va bavarder de temps en temps devant une tasse de café...

Nous lui prescrivons du Moditen : 15 gouttes matin et midi, 20 gouttes le soir (accompagné des correcteurs habituels), avec l'intention de lui donner ultérieurement du Modécate afin d'éviter une nouvelle décompensation par arrêt du traitement.

Le Dr. Nachin écrit à Philippe pour lui annoncer la réhospitalisation de Michèle et le prie de bien vouloir lui fournir un compte-rendu de son séjour chez lui. Ont-ils parlé argent ? A-t-elle dû en particulier signer des papiers et si oui, de quoi s'agissait-il ?

Philippe répond au médecin ne pas être surpris de la rechute : "chez eux, en leur absence, Michèle passait son temps à fouiller les placards, choisissant ce qui lui convenait dans la garde-robe de sa belle-soeur. Finalement cette dernière lui en a fait la remarque et dès le lendemain elle les a quittés."

Au début de son séjour, son frère avait discuté avec elle "de détails concernant son divorce, mais cela ne semblait pas l'avoir inquiétée outre mesure. Il ne voit aucun autre élément intéressant à signaler".

Le père de Michèle vient la voir au pavillon et annonce aux infirmiers qu'il l'emmènera bientôt sur la tombe de sa mère, car il fait installer un monument à l'occasion de l'anniversaire de sa mort.

Dans le pavillon, Michèle -qui passe de longs moments devant son miroir- interroge les infirmiers pour savoir si son visage n'a pas changé : "elle le trouve long"... Les infirmiers nous rapportent ses propos et nous la revoyons le jour même. Souriante, elle nous dit avoir reçu la visite de Joël et de sa fiancée, ce qui lui a fait plaisir. La veille ses logeuses sont venues la voir...

Elle nous parle alors de sa vie au dehors : elle se cuisine de petits plats, se promène... Puis elle nous évoque à nouveau la réflexion de son petit neveu lors du séjour chez son frère, s'inquiète à propos du papier qu'elle a signé...

Soudain, elle devient agressive : les médicaments ne lui réussissent pas, elle est somnolente, se sent la tête vide ; le matin, elle a "l'impression d'être morte". Elle fond en larmes, se cache le visage et, comme nous lui demandons ce qui se passe, elle nous répond que nous ne la comprenons pas : "elle était mieux sans traitement. Elle ne peut plus lire ; ses yeux ont changé ; elle a l'impression de loucher. Cela lui est déjà arrivé de la même manière l'année précédente... Elle a vomi dans la matinée... Elle voudrait bien communiquer, mais elle ne pense à rien... Elle sait qu'elle va mourir".

Ses phrases, courtes, sont séparées par des silences pesants. Regardant le sol, elle nous confie ensuite "ne se sentir bien nulle part, se sentir étrange". Elle pense que tout le monde remarque son oeil et la trouve laide.

Je lui réponds que chacun, dans son physique, trouve au moins un détail à incriminer, mais que la personne qui est en face, au contraire, saisit une image globale et ne remarque pas forcément les détails. J'ajoute par ailleurs que ce n'est peut-être pas là l'essentiel et que, d'une façon générale, la valeur d'un individu ne semble pas devoir se mesurer à sa plus ou moins grande beauté.

Elle me parle alors brièvement de son accident, de son impossibilité d'étendre totalement la main droite. Je conviens de la gêne fonctionnelle. Elle me dit que souvent elle tient son sac afin de garder la main repliée ou pose la main, immobile, sur ses genoux, afin qu'on ne remarque pas son infirmité.

A la fin de l'entretien, elle sourit, bien que ce sourire me semble forcé.

Je lui propose de la revoir la semaine suivante, ce qu'elle accepte. J'augmente un peu son traitement (20 gouttes de Moditen matin et midi, 30 gouttes le soir).

Le 1er octobre 1972, je remplace le Moditen par du Modécate (3 ampoules à 25 mg en I. M. tous les 15 jours) et elle reçoit sa première injection.

Le 7 octobre, elle apparaît stabilisée. Les plaies de ses poignets sont parfaitement cicatrisées. Elle désire une sortie rapide. "Sa logeuse pourra lui faire régulièrement ses injections de Modécate", me dit-elle.

Au cours de la semaine écoulée, elle est allée en permission avec son père ; il l'a emmenée sur la tombe de sa mère pour lui montrer le monument, qu'elle trouve bien.

Françoise est venue la voir et l'a invitée à passer quelques jours chez elle après sa sortie, ce qu'elle a accepté.

La sortie lui est accordée le 14 octobre 1972 et je me mets à sa disposition pour la revoir en consultation à l'hôpital, si elle le désire, la semaine suivante.

B - DEUXIEME PARTIE

LES ENTRETIENS AVEC MICHELE (depuis sa sortie)

Premier entretien, à l'hôpital, le 21 octobre 1972

Michèle se sent bien, me parle de ses derniers achats : un électrophone et quelques disques. Elle est invitée, le lendemain, avec son père par son frère aîné qui baptise sa deuxième fille.

Elle me fait part de son désir d'être libre le samedi, étant souvent invitée pour le week-end par sa famille. Je lui propose de venir le vendredi, si ce jour lui convient. Elle accepte, mais ajoute qu'elle préférerait ne pas venir toutes les semaines, car le bus ne l'amène pas jusqu'à l'hôpital et il lui faut finir la route à pied.

Elle me semble mal à l'aise pendant quelques instants, puis me raconte n'avoir jamais eu qu'une petite camarade, Martine, à l'époque où elle habitait l'Algérie. "Elle a pleuré quand je suis partie car elle savait qu'elle ne me reverrait plus."

Après son retour en France, elle s'est sentie rejetée par les petites filles de sa classe qui, alors qu'elles jouaient ensemble, ne l'ont jamais invitée à se joindre à elles.

Elle pense que Martine est décédée pendant la guerre d'Algérie ; elle me raconte les circonstances de la mort du père de son amie, empalé dans sa boucherie sur les crochets auxquels il suspendait la viande ; on le lui a raconté... Elle a appris que la mère de Martine, ainsi qu'un ou deux de ses frères, étaient rentrés à Paris, mais son amie n'est pas revenue. C'est pourquoi elle pense qu'elle est décédée.

Elle me parle alors brièvement de deux camarades avec lesquelles elle allait au bal lorsqu'elle était jeune fille, mais elle n'en a plus eu de nouvelles depuis qu'elles sont mariées.

Elle me décrit ensuite son entourage actuel : sa grand-mère qui, malgré ses 70 ans, est encore alerte ; son grand-père, 80 ans, qui ne peut se déplacer sans une canne ; sa soeur, enceinte actuellement, chez laquelle elle ne s'est pas encore rendue et qui lui a écrit pour l'inviter ; ses logeuses, pour lesquelles elle a fait un gâteau, afin de les remercier d'avoir lavé les draps tachés de sang lors de sa tentative de suicide.

Lorsqu'elle parle, elle m'apparaît détendue, mais devient triste, lointaine, dès qu'elle interrompt son récit. Je lui dis avoir l'impression qu'elle désire exprimer quelque chose, mais ne parvient pas à le formuler. Elle soupire sans répondre et reprend la description de son entourage.

A la fin de l'entretien, nous convenons d'un rendez-vous 15 jours plus tard.

oooooooo

Deuxième entretien, à l'hôpital, le 3 novembre 1972

Elle me dit être allée, avec son père, au baptême de sa petite nièce ; sa soeur n'y était pas.

Elle enchaîne sur la rupture des relations entre son père et sa soeur, celle-ci n'acceptant pas le projet de remariage de son père. Elle-même l'accepte et m'en donne pour preuve le fait d'être allé le voir chez lui.

"Françoise a toujours été plus indépendante que moi. J'ai rarement osé tenir tête à mon père." Elle me raconte alors la dispute avec lui à propos de son argent et une autre dispute, où elle a cédé, un jour où elle aurait aimé rester avec son fiancé plutôt que d'assister à une réunion de famille. Agressive, elle déclare que son père l'a toujours traitée en petite fille, alors qu'il acceptait l'indépendance de sa soeur qui avait pris une chambre en ville.

Son père boit, continue-t-elle, et c'est pour cette raison que sa grand-mère s'est fâchée avec lui depuis longtemps... Celle-ci exigeait que Michèle se marie en blanc. Son fiancé ne voulait pas. Mais il a cependant accepté le mariage en blanc, ainsi que la cérémonie à l'église...

Elle me parle alors de son mari : il avait fait des études, savait tourner ses lettres avec élégance, ce dont elle est incapable. Quand ils étaient fiancés, il lui faisait de longues et jolies lettres. Elle, en raison de son accident, a des difficultés pour le graphisme ; de plus, ayant beaucoup manqué l'école, elle fait des fautes d'orthographe, son vocabulaire est pauvre et ses phrases mal tournées. Elle est obligée, pour faire une lettre, de s'y reprendre par vingt fois et finalement poste un courrier de 3 lignes, sans être satisfaite de ce qu'elle a écrit.

Je lui dis que ce n'est pas le niveau d'instruction qui fait la valeur d'un individu et lui conseille, pour l'orthographe, de consulter un dictionnaire. Elle n'en a pas, me répond-t-elle, mais, avec le sourire, ajoute qu'elle pourrait en acheter un.

Je ne trouve pas qu'elle s'exprime mal, lui dis-je. On la comprend parfaitement lorsqu'elle parle. Quand elle écrit, elle redoute probablement le jugement de son correspondant. Ne pourrait-elle pas être plus spontanée et poster sa lettre telle quelle, si celle-ci exprime sa pensée ? Elle essaiera, me répond-t-elle, souriante.

Elle s'est toujours sentie inférieure à son époux, reprend-t-elle. Il l'a quittée pour une autre, en lui disant qu'il voulait une femme et qu'elle n'était qu'une enfant.

Elle ne se sent pas libre ; il la fait suivre, la poursuit... Sa soeur l'a constaté. Mais comme je l'interroge, elle me répond qu'elle ne peut dire pourquoi elle pense que son mari la poursuit. Puis, elle exprime un doute vis-à-vis de son affirmation et me parle à nouveau de ses difficultés pour s'exprimer.

Elle me dit avoir ressenti un fossé entre elle et ses frères et soeur, lorsqu'elle est retournée en Algérie après sa primo-infection. Elle a alors pris l'habitude de jouer seule dans son petit domaine, sans parler. Puis elle est retournée en France, est allée en pension où elle s'est sentie rejetée...

A la fin de l'entretien, elle déclare avoir beaucoup de choses à dire, mais ne pas savoir les exprimer et redouter le jugement de son interlocuteur.

Au cours de cet entretien, je note plusieurs décharges émotionnelles au moment desquelles, prête à pleurer, elle s'interrompt, regarde le sol... A chaque fois, elle retient ses larmes et reprend son discours.

oooooooo

Troisième entretien, à l'hôpital, le 17 novembre 1972

Michèle est allée deux jours chez sa soeur. Françoise souhaitait qu'elle reste plus longtemps, mais elle a voulu revenir car elle pense qu'il est préférable de ne pas séjourner de façon prolongée dans sa famille (ce que lui avait dit le Docteur Nachin quand il lui avait conseillé de prendre une chambre en ville, en juillet 1972).

Son père lui a reproché d'avoir quitté la maison et lui a demandé récemment de retourner vivre auprès de lui et de sa femme lorsqu'il sera remarié, mais elle lui a fait comprendre qu'elle préférerait son indépendance. Il voudrait qu'elle aille chez son frère Philippe mais elle ne le souhaite pas.

Elle me parle longuement de l'éthylisme de son père, qu'elle avait évoqué lors du précédent entretien. Elle me dit qu'il était violent avec sa mère lorsqu'il avait bu et qu'elle-même avait déjà dû intervenir pour les séparer. Elle me raconte qu'un jour, ivre, il se disputait avec sa mère. Elle avait alors conseillé à celle-ci de se réfugier chez une voisine, ce qu'elle avait fait. Son père avait alors reproché à Michèle de se mêler de ce qui ne la regardait pas et l'avait mise à la porte. Elles n'ont pu rentrer à la maison, sa mère et elle, qu'après intervention de la police.

Lorsqu'elle s'interrompt, je souligne avoir perçu combien le climat familial devait être tendu et lui demande si son père ne s'est jamais fait soigner.

Sa mère a bien réussi, il y a une dizaine d'années, à lui faire subir une cure de désintoxication, mais il a recommencé à boire au bout de 6 mois.

Je lui dis alors qu'à mon avis, une cure ne peut être efficace que si elle est désirée par le buveur qui, sinon, la subira comme une punition. Je lui explique qu'en général, l'éthylisme est considéré comme un vice, mais qu'il s'agit en fait d'une maladie et que beaucoup de buveurs boivent en raison d'un sentiment d'infériorité, d'un manque de confiance en eux. Je lui explique qu'il me semble préférable de les encourager lorsqu'ils n'ont pas bu, de leur témoigner de l'affection à ce moment, que de leur faire des remontrances à propos de leur intempérance.

Elle me répond qu'avec lui, sa mère a tout essayé, mais rien n'y faisait et, déprimée, celle-ci s'était laissée aller, traînant toute la journée une vieille robe de chambre, ne se coiffant plus. Michèle l'avait alors décidée à reprendre un travail afin qu'elle sorte de chez elle d'une part, gagne de l'argent d'autre part, car son père ne lui en donnait pas régulièrement.

Je lui fais remarquer qu'en la circonstance, Michèle s'était conduite comme une mère vis-à-vis de sa propre mère, l'obligeant à se soigner, à faire sa toilette...

Elle me dit qu'elle lui était très attachée, sans doute pour être restée plus longtemps à la maison que ses frères et soeur. Sa mère n'avait pas de préférence, alors que son père préférait sa soeur.

Elle ajoute ne pas en vouloir à son père de son éthylisme et constate : "le matin, il est bien. Le soir, ça ne va plus."

Son père doit l'accompagner dans quelques jours chez un avoué, chez qui elle est convoquée pour dire quelles sont ses intentions à propos du divorce : elle accepte. Elle touche actuellement 150,00 F par mois de pension alimentaire. Son père désire demander plus, mais elle n'en voit pas la nécessité. Elle me demande ce que j'en pense. Je réponds que si son père désire le faire, il le fasse ; mais effectivement si elle parvient à vivre avec ce qu'elle a, ce n'est peut-être pas la peine.

Elle me raconte aussi que son père a fait faire un constat pour les meubles. Elle n'a même pas eu à donner son avis et en semble soulagée.

Puis elle parle de son mari qui l'a remise à sa famille lorsqu'elle était malade, après une discussion avec son père. Elle est allée le voir chez lui il y a quelques mois, mais il lui a signifié son désir de divorcer. Elle a alors organisé sa vie, acceptant ce divorce.

Elle me parle ensuite des difficultés qu'elle a connues avec lui qui n'était pas de caractère facile ; il était jaloux, exclusif et lorsqu'ils étaient fiancés, a boudé au cours d'un bal où elle était entourée ; ils étaient partis aussitôt.

Il a refusé d'accueillir chez eux Joël quand celui-ci encore mineur, mis à la porte par son père, ne savait où aller ; elle lui avait pourtant dit que c'était pour une courte durée, mais il a refusé et lui a reproché de l'avoir proposé... Il refusait de discuter avec elle, disant qu'elle ne comprenait rien...

Elle analyse tout ce qui n'allait pas avec son mari, par la faute de celui-ci et me déclare ne pas souhaiter rencontrer un autre homme : "ça va recommencer !"

oooooooo

Quatrième entretien, à l'hôpital, fin novembre 1972

Elle me dit que tout va bien. Le dialogue est pourtant difficile, entrecoupé de longs silences. Elle a vu son avoué à propos de son divorce.

Elle a l'intention de s'offrir la télévision en couleur, s'est acheté une couverture et quelques disques. Dans la journée, elle lit, écoute des disques, se promène dans les magasins... Elle aime particulièrement les magasins de vêtements. Jadis, sa mère tricotait, cousait, lui faisait ses robes... (elle m'en décrit une).

Mais sa mère est décédée. Elle me raconte les circonstances de ce décès : elle est tombée sans connaissance de l'échelle où elle était montée pour accrocher ses rideaux. On l'a transportée dans un service de neurochirurgie. Michèle a appris son hospitalisation par téléphone. "C'est alors que je me suis effondrée. A l'hôpital, on nous a dit qu'elle avait fait une hémorragie cérébrale. Elle est restée 13 jours dans le coma et est décédée sans avoir repris connaissance. Je ne l'ai pas revue vivante," commente-t-elle, les larmes aux yeux.

Après un silence que je respecte, elle me dit être venue ce jour à mobylette et me raconte avoir été fleuriste lorsqu'elle avait 16 ou 17 ans, effectuant les livraisons à bicyclette. Mais, comme elle se perdait dans la ville, elle dut démissionner, bien que ce métier lui plût... Elle rit.

Au cours de cet entretien, souvent elle s'interrompt. Il me semble qu'elle évite d'aborder les problèmes qui la préoccupent, en me parlant de ses occupations, en me décrivant ses achats...

Elle ajoute à la fin de l'entretien que son père lui a demandé de nouveau de revenir vivre avec lui, mais elle a refusé.

Je lui propose, si cela lui convient mieux, de la revoir au dispensaire qui est plus proche de son domicile. Nous convenons du prochain rendez-vous, au dispensaire, fin janvier, en raison de nos déplacements respectifs pendant les vacances de Noël.

Les entretiens suivants, à l'exception du neuvième, auront lieu au dispensaire.

oooooooo

Cinquième entretien, le 30 janvier 1973

Elle est allée passer quelques jours chez la grand-tante qui l'a élevée. Elles ont parlé du divorce et "Tante Paulette" lui a dit que c'était mieux ainsi.

Elle m'évoque à nouveau ses problèmes relationnels avec son mari qui refusait de lui parler, ne lui répondait pas. Peu à peu, elle s'est repliée sur elle-même, ne parlant plus.

Soudain, elle éclate en sanglots : souvent, m'explique-t-elle, elle a peur de mourir. Elle sent son cœur battre à tout rompre, puis de plus en plus faiblement. Elle craint qu'il ne s'arrête... Elle se sent la tête vide...

Je lui dis que les malaises dont elle se plaint sont d'origine nerveuse, liés à son anxiété, l'ausculte, la rassure, prends sa tension artérielle. Comme elle n'a que 10 - 6 1/2, j'augmente l'Hept-a-Myl, passant de 3 fois 30 gouttes à 3 fois 40 gouttes et lui ajoute 2 ampoules de Revitalose-C-1000 par jour.

Elle part, apparemment rassurée, à la fin de l'entretien qui a duré environ 3/4 d'heure.

Je lui donne rendez-vous 15 jours plus tard.

oooooooo

Sixième entretien, le 13 février 1973

Elle se sent bien et me dit souhaiter ne venir qu'une fois par mois. Elle me raconte avoir mangé au restaurant avec son père et Marguerite, l'amie de celui-ci, être allée au cinéma voir un film comique...

Elle a encore des difficultés pour s'exprimer, ne se manifestant pas dans les réunions de famille ; mais elle arrive à parler sans difficultés devant une ou deux personnes et a réalisé des progrès dans le domaine du courrier, m'annonce-t-elle, heureuse : elle est capable de poster une lettre sans faire de multiples brouillons. Je partage sa satisfaction.

Elle me parle des activités de secourisme qu'elle pratiquait avant son mariage, en compagnie de ses frères ; l'ambiance était sympathique, amicale.

Je lui demande pourquoi elle ne reprend pas cette activité qui lui plaisait et serait pour elle l'occasion de se faire de nouvelles relations. Elle me répond ne pas oser y retourner car "ça doit avoir changé ; lorsqu'elle y allait, il y avait assez peu de travail, alors que maintenant, on ne doit plus avoir une minute de répit ; on doit exiger aussi plus de connaissances. Ses frères, d'ailleurs, ont abandonné également. "

Nous convenons de nous revoir un mois plus tard.

oooooooo

Septième entretien, le 13 mars 1973

Dès 8 h 30, elle attend devant le dispensaire, alors que le rendez-vous n'est prévu qu'à 10 h. Je la reçois à 9 heures et lui demande pourquoi elle est venue si tôt. Elle était levée, répond-elle, pensait qu'il fallait plus de temps pour venir... Souriante, elle me dit être allée quelques jours chez sa soeur qui vient d'avoir une petite fille, puis quelques jours chez sa Tante Paulette. Une autre tante l'a invitée 15 jours, mais elle a décliné l'invitation, devant recevoir prochainement son injection de Modécate.

Elle me signale, sans agressivité, avoir, immédiatement après l'injection, des troubles de l'accomodation qui cessent, dit-elle, dès le lendemain.

Je lui réponds que ces troubles apparaissent assez souvent avec le Modécate, à titre d'effets secondaires gênants. Je ne peux arrêter son traitement et lui conseille de prendre, à la place d'un demi-comprimé, un comprimé entier de Ponalide trois fois par jour, ceci pendant quelques jours. Je lui fournis alors, en termes simples, quelques explications sur les indications et effets de ses différentes médications, pensant qu'elle suivrait plus volontiers son traitement si elle en comprenait la prescription. Elle m'écoute poliment, attentivement, mais lorsque je m'interromps, je n'ai pas l'impression qu'elle ait trouvé un intérêt aux explications que je lui ai données, ni même qu'elle les ait parfaitement comprises.

Elle me raconte ensuite être toujours en relation avec son père et Marguerite, avec laquelle elle s'entend bien car elle tente de le faire boire moins... Elle m'annonce le prochain mariage de Joël, me dit avoir l'intention d'accompagner ses logeuses en pèlerinage à Lourdes au mois d'août et me demande ce que j'en pense.

Je lui dis que ce voyage constituerait un changement dans ses occupations, mais en raison du thème mystique de la bouffée délirante inaugurale, lui demande si elle est intéressée surtout par le voyage ou le pèlerinage. Je suis rassurée lorsqu'elle me dit que c'est le dépaysement qu'elle recherche.

Son divorce en est toujours au même point ; elle l'aura à son profit, mais le partage des meubles sera très difficile...

Parfois, chez elle, lorsqu'elle ne peut sortir, elle s'ennuie et se déprime. Alors, elle met un disque... Certaines nuits, elle se réveille plusieurs fois... Elle ne ressent plus d'angoisses cardiaques, mais son oeil droit lui fait mal et elle ressent des fourmillements dans l'un des doigts de la main droite... Tout à coup, elle rougit, se met à trembler, sort précipitamment une ordonnance de son sac, me la tend. Elle me regarde fixement, me demande quand je la revois. Je lui propose de revenir dans 15 jours, mais elle préfère ne pas venir avant trois semaines. J'accepte en me mettant à sa disposition pour la revoir plus rapidement si elle le désire.

Elle sort rapidement du bureau, fuyant le contact.

oooooooo

Huitième entretien, le 3 avril 1973

Trois semaines plus tard, la rechute que je redoutais est évidente : elle entre dans le bureau, s'assied sur la chaise mais s'y tient figée, dissimulée derrière un "maquillage masque", une épaisse couche de fond de teint.

Elle me dit que Joël est marié. Elle est allée au mariage, mais s'est sentie à l'écart de la famille.

Je lui fais préciser sa place à table, pensant qu'elle était peut-être en bout de table. Mais non, elle était entre Jacques et Philippe.

Dans la journée, elle s'est sentie différente des autres, reprend-elle. Je lui demande si c'est à cause de son divorce, mais elle me répond que c'était déjà comme cela avant son divorce. "On la prend pour une petite fille".

Soudain, appuyée sur le bureau, elle se cache la tête au creux d'un bras, pleurant bruyamment. Je ne dis rien et attends.

Au bout d'un moment, elle relève la tête et crie en avoir assez des traitements. "On la prend pour une bête sauvage". Un peu détendue après cette décharge émotionnelle, elle m'explique s'être sentie très seule le soir du mariage de son frère. Quand tout le monde a été reparti, elle a pleuré.

Il lui a fallu, dans le courant de la semaine, aller consulter son médecin traitant car elle se sentait moins bien. Elle vient de recevoir son injection de Modécate.

"Sa tante est cardiaque, sa grand-mère a un cancer au coeur". Elle ressent toujours les malaises cardiaques dont elle m'avait parlé et me les décrit à nouveau, avec plus de détachement me semble-t-il.

Je lui fais une nouvelle ordonnance, augmentant le Modécate (125 mg par injection) et ajoutant à son traitement du Melleril (15 gouttes matin et midi, 30 gouttes le soir) et de l'Atrium 300 (2 cps matin, midi et soir).

Elle m'apparaît un peu plus détendue à la fin de l'entretien. Je lui dis que j'aimerais la revoir très vite et lui demande de venir à l'hôpital le lendemain, mais n'obtiens pas de réponse.

oooooooo

Neuvième entretien, le 4 avril 1973

Cependant, le lendemain, elle se présente dans le service à l'heure que j'avais fixée. Bien qu'encore figée, elle semble un peu moins angoissée. Elle me parle du mariage de son frère et du sentiment d'abandon qu'elle a ressenti après le départ de sa famille.

Elle me signale à nouveau avoir reçu son injection de Modécate quelques jours plus tôt que prévu, sur prescription de son médecin traitant. Je lui dis alors de prendre seulement le Melleril et l'Atrium prescrits la veille.

Elle se confie facilement, m'évoque ses problèmes : son divorce, sa solitude, l'éthylisme de son père... Par moments elle s'interrompt, devient lointaine, le regard fixe... puis reprend son discours. Elle me parle de ses projets : le pèlerinage à Lourdes avec ses logeuses, une journée à Londres avec son père et me demande ce que j'en pense.

Pour ce qui est du voyage à Lourdes, je lui ai dit lors d'un précédent entretien que l'idée me semblait bonne, que ça la distrairait. Mais le voyage à Londres, sur un week-end, me semble cher et fatigant et je le lui dis (à la réunion de l'équipe médicale, le Dr. Nachin discutera l'intérêt de cette intervention, en faisant remarquer en particulier que j'apparaissais ainsi comme une instance interdictrice à la malade, lui interdisant de voyager avec son père et intervenant dans le sens de ses tendances à l'économie alors qu'elle envisageait de dépenser son argent.)

Elle me dit avoir bon appétit. Elle s'est cuisiné des lentilles et m'en donne la recette.

Elle va s'acheter la télévision en couleur.

A la fin de l'entretien, elle me dit être invitée chez sa soeur en fin de semaine et, si elle n'était pas rentrée à temps pour venir au dispensaire, elle viendrait le mardi suivant. J'acquiesce.

Dixième entretien, le 10 avril 1973

Je la revois au dispensaire la semaine suivante. Elle est détendue. Elle s'est rendue quelques jours chez sa soeur "pour l'aider chez elle, car avec ses trois enfants, dont un bébé, elle est débordée". Elle doit retourner chez celle-ci à Pâques.

Elle a reçu des nouvelles de Joël qui est parti en voyage de noces dans le Midi et plaisante sur le mauvais temps.

Elle est allée avec son père acheter un poste de télévision en couleur. Elle est heureuse de me l'annoncer et je partage son enthousiasme. Elle a du même coup acheté la table de télévision. Elle regarde de préférence les émissions de la 2ème ou de la 3ème chaîne, assise sur son lit, calée par des coussins, car elle n'a pas encore de fauteuil m'explique-t-elle. La veille, elle a regardé un film sur la troisième chaîne et me le raconte. En parlant, elle me tutoie, par erreur, mais je ne lui en fais pas la remarque.

Au bout d'un moment, elle me demande l'heure, me disant qu'elle n'a pas de montre. Je la lui donne. Elle s'excuse alors de me retenir mais ne semble nullement gênée. Je lui dis ne pas être à 5 minutes près et lui propose un rendez-vous 8 jours plus tard car je vais être en congé de maternité début mai. Elle semble surprise et me dit ne pas avoir remarqué que j'étais enceinte. Elle préfère ne revenir que dans 15 jours, "sauf cafard" me dit-elle. J'accepte.

oooooooo

Onzième entretien, le 24 avril 1973

Je la revois donc 15 jours plus tard. Elle est vêtue avec coquetterie, correctement maquillée et me semble bien se porter. "J'étais chez ma soeur, mais j'ai préféré revenir, profitant d'une occasion, car je craignais de ne pas vous revoir avant votre congé."

Elle me dit alors qu'elle aurait aimé avoir un bébé rapidement après son mariage, mais son mari ne voulait pas, disant qu'il leur faudrait déménager, qu'elle serait trop fatiguée... Elle en semble affectée. Elle a bien des neveux, mais ce n'est pas pareil...

Elle parle ensuite de sa rechute récente, du sentiment d'abandon éprouvé le jour du mariage de Joël. Elle met en parallèle l'impression d'abandon qu'elle avait ressentie en pension, lorsqu'elle avait une douzaine d'années : elle pleurait en cachette, ne sachant à qui se confier. Elle s'était inscrite dans la section couture. Si elle avait choisi la branche confection, la directrice de l'école se serait occupée d'elle, l'aurait aidée -elle le lui a dit-, mais de toute façon, elle avait peur de cette directrice...

Joël est rentré de son voyage de noces.

Elle-même n'a pas de projet particulier pour le moment.

Je lui propose de la revoir dans 15 jours, ayant retardé quelque peu mon départ en congé.

Avant de partir, elle me demande de renouveler son ordonnance et me signale, en riant, le goût amer du soluté de Melleril. Aussi je lui prescris le produit non plus en gouttes, mais sous forme de dragées à 10 mg, à raison d'une matin et midi et de deux le soir. J'effectue une réduction de son traitement, que je lui souligne, en prescrivant les injections de Modécate à la même dose, mais toutes les trois semaines, au lieu de tous les 15 jours.

oooooooo

Douzième entretien, le 8 mai 1973

Elle me dit se sentir bien. Elle s'inquiète cependant d'une expectoration striée de sang qu'elle émet chaque matin. Elle a fait une primo-infection à 9 ans, n'a pas passé de cliché pulmonaire depuis des années. Aussi je lui conseille de prendre rendez-vous au dispensaire d'hygiène sociale, afin de faire des examens de crachats et de passer des radiographies.

A la mi-mai, elle vient à l'hôpital (où j'habite) accompagnée de Joël, pour me dire qu'elle a l'intention d'aller en vacances en Yougoslavie au mois de juin, avec celui-ci et son épouse. Mais je suis en congé et on ne parvient pas à me joindre. Elle se rend donc au dispensaire afin de voir le Docteur Nachin qui lui refait une ordonnance pour 3 mois de traitement, comportant Modécate 25 mg : une ampoule I. M. tous les 15 jours (+ Ponalide I. M.), Melleril 10 mg (1 dragée matin et midi, 2 le soir), Mandrax (1 comprimé au coucher), Ponalide (1/2 comprimé le matin et le soir).

Le Docteur Nachin demande à la secrétaire de la convoquer au dispensaire en août, à mon retour de congé.

oooooooo

Treizième entretien, le 21 août 1973

Je la complimente sur sa bonne mine : elle est bronzée, a changé de coiffure... Elle me raconte ses vacances en Yougoslavie, avec son frère et sa belle-soeur avec lesquels elle s'est entendue à merveille. Elle ne les a pas revus depuis leur retour de vacances car ils travaillent tous deux, ayant commencé des stages d'élèves-infirmiers.

Elle me dit, détendue, que son divorce est terminé depuis juillet et qu'elle désire recevoir dorénavant son courrier au nom de Madame R... Seul reste à faire le partage des meubles...

Elle demande à ne venir au dispensaire qu'une fois par mois, ce que j'accepte.

Elle me donne ensuite des nouvelles de toute sa famille.

Elle passe ses journées à se promener, va de temps en temps à la piscine, regarde la télévision... Elle ne ressent plus d'angoisses au niveau du coeur, mais chaque matin, émet quelques crachats striés de sang, ce qui l'inquiète. Elle n'est pas encore allée au dispensaire d'hygiène sociale, aussi la secrétaire lui prend-elle rendez-vous par téléphone.

oooooooo

Quatorzième entretien, le 18 septembre 1973

Elle a passé des clichés pulmonaires et examens de crachats dont les résultats doivent m'être communiqués par le dispensaire d'hygiène sociale, me dit-elle en entrant.

Elle vient de faire un épisode grippal avec vomissements alimentaires. Tout est maintenant rentré dans l'ordre sur ce plan, mais le matin elle émet toujours des crachats avec du sang. Je pense tout à coup que ce sont peut-être ses gencives qui saignent lorsqu'elle se lave les dents ou s'alimente et l'interroge en ce sens ; elle répond affirmativement. Je lui dis alors de ne pas s'inquiéter : "ses examens seront probablement négatifs, je vais lui donner de la vitamine C et cela s'arrangera".

Elle projette de partir quelques jours chez l'une de ses tantes dont elle a différé l'invitation pour ne pas retarder son injection de Modécate. Je lui dis qu'il est éventuellement possible d'avancer ou retarder celle-ci de quelques jours.

Elle a eu la visite de son frère aîné.

Elle me parle ensuite de l'éthylisme de son père, qui l'affecte, mais me signale avec satisfaction que son amie avait remarqué qu'il buvait moins lorsque Michèle allait manger avec eux. Elle me raconte avoir pu lui dire, il y a quelque temps, qu'il se détruisait la santé et qu'elle préférerait de beaucoup qu'il ne boive pas, qu'il était alors plus gentil et plus agréable. Il avait supporté sa remarque sans se fâcher, ce qu'il n'aurait jamais pu supporter jadis, ajoute-t-elle.

Elle me dit être allée chez sa grand-tante, s'être rendue au cimetière sur la tombe de sa mère. "On la regarde avec un sourire" commente-t-elle. Elle a les larmes aux yeux et me dit qu'elle agit souvent en fonction de ce que celle-ci lui conseillera, qu'elle lui est restée très attachée. Mais ayant des difficultés à retenir ses larmes, elle ne peut en dire plus.

Je fais son ordonnance (Modécate 25 mg : 1 ampoule tous les 15 jours, Melleril 10 mg : 1 cp le matin et le midi, 2 le soir, Mandrax : 1/2 à 1 comprimé, Iaroscorbine effervescente: 1 cp le matin), la lui remets et interromps le silence au bout de quelques minutes en lui annonçant que je la reverrai dans un mois, à moins qu'elle ne désire encore me parler de quelque chose.

Quinzième entretien, le 16 octobre 1973

Elle me demande les résultats de ses examens, que je n'ai pas encore reçus. Elle saigne encore malgré le traitement.

Elle me signale des palpitations. Je lui explique de nouveau que ces sensations sont d'origine nerveuse, tout en l'auscultant, pour la rassurer et lui dis qu'elle me semble anxieuse.

Elle est préoccupée, me répond-elle, par le projet de son père de vendre sa maison (il a l'intention d'aller vivre chez son amie). Il lui faut pour cette opération la signature de ses enfants. Or sa soeur, chez qui elle est allée passer quelques jours, refuse de signer, disant qu'elle craint, en cas de rupture, qu'il ne se retrouve à la rue. Françoise pense qu'il serait plus sage de louer la maison que de la vendre. Ses frères n'ont pas encore donné leur réponse. Michèle, comme sa soeur, pense qu'elle ne doit pas signer. Son père, furieux, a dit à Françoise qu'en cas de rupture, il préfèrerait aller à l'hospice plutôt que de vivre seul. Son père et sa soeur sont en mauvais termes depuis cette affaire. Elle me demande mon avis.

Je réponds que cette maison appartient à son père ; il me semble donc qu'il peut en disposer et envisager de la vendre s'il préfère réellement finir ses jours à l'hospice.

Le Docteur Nachin, auquel je rapporte cet entretien, discute cette intervention car il pense que Michèle, comme Françoise, doit être intérieurement attachée à la maison familiale et risque de vivre mon intervention comme une agression.

oooooooo

Seizième entretien, le 13 novembre 1973

Michèle est plus détendue. Elle me demande d'emblée les résultats de ses examens, qui sont négatifs.

Elle vient d'aller passer une semaine chez Joël et se déclare satisfaite de son séjour.

Elle me dit avoir répondu favorablement à son père pour la vente de la maison, mais craint la réaction de Françoise.

Je lui conseille d'écrire à celle-ci pour lui expliquer les raisons de son revirement.

Ne désirant manifestement pas poursuivre sur ce thème, elle me présente ses ordonnances, disant "se sentir légère" juste après l'injection de Modécate, mais ressentir quelques contractures. Je lui conseille, comme je l'ai déjà fait, de prendre à ce moment 1 comprimé de Ponalide au lieu d'un demi.

Je lui demande si elle a rendu visite à sa grand-tante ces temps derniers (car sa mère est enterrée dans le village de celle-ci et c'était la Toussaint). Elle me répond qu'elle est allée la voir avec son père avant de partir chez Joël ; ils se sont rendus sur la tombe de sa mère. Elle me dit "avoir parfois le cafard" et me raconte ensuite une scène où elle s'était opposée à l'autorité maternelle, refusant de rendre un service que celle-ci lui avait demandé et ayant de plus formulé son refus de façon grossière. Elle présente la scène avec un certain humour qui ne parvient cependant pas à masquer son sentiment de culpabilité.

oooooooo

Dix-septième entretien, le 4 décembre 1973

Elle est souriante. Elle dort bien, parfois à l'aide d'un demi comprimé de Mandrax. Elle a bon appétit, me signale une constipation pour laquelle je lui prescris du Jamlène. Elle me dit avoir encore les gencives qui saignent lorsqu'elle se lave les dents, bien qu'elle continue à prendre de la vitamine C, et ressentir parfois une sensation d'oppression thoracique.

Je lui explique que cette impression, comme les malaises cardiaques dont elle m'avait parlé, est liée à son anxiété.

Ses occupations sont toujours les mêmes : télévision, visite des magasins et visite chez des membres de sa famille.

Elle va acheter, avec sa soeur, un vélo pour le Noël de son filleul, "un beau vélo, dans les 15 000 F". Elle me dit avoir l'intention de "s'acheter un fauteuil, si elle est encore là en janvier".

Cette déclaration me surprend car elle ne m'a jamais parlé d'un changement de logement. Mais je ne lui demande pas d'explication.

Elle enchaîne sur son sentiment d'infériorité vis-à-vis de ses frères et soeur. Elle ne parvient pas à tourner une lettre, à remplir un chèque, à compter en nouveaux francs. . . Il lui faut un papier et un crayon pour faire la transposition.

Je lui dis qu'elle s'en sort cependant et n'a pas à se sentir toujours inférieure aux autres, dévalorisée par rapport à eux.

Elle répond se sentir plus sûre d'elle et oser maintenant aborder n'importe quel sujet avec ses frères et soeur

Elle est actuellement en train de lire un livre dont elle comprend le sens général, mais bute sur certains mots qui lui sont inconnus et va peut-être acheter un dictionnaire.

La question de la vente de la maison n'est toujours pas résolue Sa soeur lui dit de ne pas signer.

Au cours de cet entretien, je note des moments où, très détendue, elle rit, plaisante, parle avec facilité et d'autres où, crispée, tremblante, elle se tortille sur sa chaise, se frotte les mains, croise les doigts. . .

A la fin de l'entretien, elle est souriante. Je lui fais alors prendre conscience de l'amélioration globale de son état de santé. Elle va bien depuis plusieurs mois, quoiqu'elle ne suive qu'un traitement léger. Aussitôt, elle apparaît plus figée, me dit se sentir encore anxieuse. . . Sans doute craint-elle que je ne l'abandonne. Je la rassure immédiatement en lui fixant le prochain rendez-vous en janvier.

Dix-huitième entretien, le 8 janvier 1974

La première chose qu'elle me demande, de peur de l'oublier, est le renouvellement de son ordonnance. Elle me dit ne pas pouvoir lire le lendemain de son injection de Modécate ; aussi, tout en lui laissant la même dose, j'espace les injections : une ampoule à 25 mg toutes les 3 semaines.

Elle me raconte avoir passé la Noël chez sa soeur, le Nouvel An chez sa tante Paulette. Elle a aussi rendu visite à sa grand-mère. Elle me dit avoir beaucoup moins de difficultés pour parler, même en présence de plusieurs personnes.

Puis de nouveau anxieuse, elle m'exprime ses craintes d'avoir une maladie grave, "un cancer au coeur", qu'on lui aurait caché : "sa grand-mère en a un ; on ne le lui dit pas. "

Je ne cherche pas à savoir si celle-ci est cardiaque, mais demande à Michèle pourquoi elle pense avoir un "cancer au coeur". Elle me répond : "parce que j'ai mal au coeur" et me raconte qu'à l'époque où elle travaillait encore, comme elle avait mal aux seins, elle alla voir un médecin, une femme, qui lui prescrivit des hormones.

Elle m'a appuyé sur le sein gauche et aussitôt j'ai eu mal au coeur.

Vous devriez arrêter de travailler, lui a dit le médecin, puisque vous êtes mariée et n'avez pas d'enfant.

Elle refuse toute vie sentimentale, me dit-elle, car elle pense être gravement malade. J'essaie de lui expliquer à nouveau que la douleur qu'elle ressent au niveau du coeur est d'origine "nerveuse", que c'est son anxiété qui en est la cause... Mais elle me semble lointaine, inaccessible... Je lui propose, si cela peut la rassurer, de prendre un rendez-vous chez un cardiologue, insistant sur le fait que celui-ci ne trouvera rien d'alarmant.

Elle est assez détendue, souriante à la fin de l'entretien et me dit qu'elle ne pourra venir la première semaine de février, mais seulement la seconde, car elle est invitée chez sa soeur qui doit l'emmener au bal.

Dix-neuvième entretien, le 12 février 1974

Elle me semble "en forme," souriante, vêtue avec goût et correctement coiffée. Elle a passé une semaine chez Joël ; elle est aussi allée chez sa tante Paulette, puis chez Françoise avec laquelle, en compagnie d'un groupe d'amis, elle est allée danser. Elle me dit avoir voulu s'acheter une robe pour cette soirée, mais celles qu'elle a essayées ne lui allaient pas. Elle a donc acheté un pantalon en jersey marron qu'elle a assorti à l'un de ses chemisiers. "Maintenant, on sort aussi bien en pantalon". Elle quête mon approbation.

"J'ai peur des hommes", dit-elle, "un garçon m'a invitée à danser. J'ai accepté la première danse, mais j'ai refusé la seconde"...

Elle me parle ensuite de son attachement à sa grand-tante, chez laquelle ses parents l'avaient envoyée lorsqu'elle était petite, en raison d'une anorexie.

Elle me dit que son père avait épousé sa mère sous la pression d'un oncle, parce que celle-ci était enceinte. Peu de temps après leur mariage, son père a pris un engagement de 7 ans dans la marine. Sa mère n'a pas demandé le divorce "bien qu'on le lui ait conseillé et qu'on lui ait dit qu'elle l'obtiendrait facilement". Son père buvait déjà avant le mariage. Quand il eut terminé ses sept années d'engagement, il travailla quelque temps en usine, puis devint gardien de la paix.

Lorsqu'elle avait 2 ans 1/2 ou 3 ans, comme elle était de santé fragile et faisait des difficultés pour s'alimenter, sa mère qui habitait en ville préféra la confier quelque temps à sa grand-tante et à son arrière-grand-mère qui vivaient à la campagne. Là, elle mangeait ce dont elle avait envie, à n'importe quelle heure. Lorsqu'elle fut rétablie, celles-ci la renvoyèrent chez elle. "Tante Paulette s'en veut de m'avoir renvoyée".

Le lendemain même, elle fut blessé par l'explosion d'un obus qu'elle avait ramassé et avec lequel elle jouait. Elle fut transportée à l'hôpital où elle resta 24 heures dans le coma.

Sa soeur fut hospitalisée en même temps qu'elle, bien qu'elle ait été blessée beaucoup moins gravement. Philippe, blessé aux jambes, fut également hospitalisé. "Mes parents ont eu très peur", me dit-elle. Elle est sortie la première de l'hôpital, mais c'est elle qui présente le plus de séquelles de cet accident : "elle ne voit rien de l'oeil droit, ne peut étendre la main droite".

Elle me parle de ses séquelles avec un certain détachement alors que dans l'un de nos premiers entretiens, elle m'en avait parlé avec une grande émotion, me disant que tout le monde remarquait cet oeil et cette main...

Il lui arrive, au cours de son récit, de s'interrompre, perdue dans ses pensées. Elle a alors une expression profondément triste. Elle reprend son discours : ses parents se sont ensuite embarqués pour l'Algérie où son père avait été muté. Elle avait alors 5 ou 6 ans. Elle est partie avec eux mais, en raison d'une primo-infection, vers l'âge de 9 ans, fut renvoyée en France où elle vécut de nouveau chez sa grand-tante. Celle-ci tenait un petit café-tabac-épicerie et de temps en temps, l'autorisait à servir un client, à débarrasser le comptoir, à laver les verres... Elle jouait aussi dans la réserve au milieu des cartons, ce qui lui plaisait beaucoup. Mais elle aurait cependant préféré rester auprès de ses parents et de ses frères et soeur.

Elle est ensuite retournée, une année environ, en Algérie où elle a communié à l'âge de 12 ans, puis est revenue en France en même temps que sa soeur qui entrait à l'Ecole Normale. Elle-même est allée en pension dans une école pour handicapés où elle s'est sentie rejetée.

Ses parents, en raison des troubles qui débutaient en Algérie, désiraient eux aussi rentrer en France. Son père donna pour motif la maladie de Michèle, afin d'obtenir plus facilement son rapatriement et fut muté dans la région parisienne où il s'installa avec sa mère et ses frères.

A sa sortie de pension, Michèle fut quelque temps fleuriste puis travailla 3 mois dans un atelier de confection, mais fut licenciée en raison de sa lenteur. Elle essaya alors de travailler dans la bonneterie, mais quitta cet emploi

au bout d'une demi-journée. Elle ne fit pas d'autre tentative de travail : ses parents étant revenus dans la Somme quand elle avait 16 ans, elle préféra rester à la maison avec sa mère, participant aux tâches ménagères.

Elle me raconte alors la dispute avec son père à propos de son argent. Son père retenait chaque trimestre 90 000 AF sur sa pension pour son entretien. "Pour prendre ses affaires en main", elle a voulu lui donner le tiers de cette somme chaque mois. Son père s'est alors fâché et lui a dit : "Va voir à l'hôtel si tu y es mieux." C'est alors qu'en accord avec sa mère, elle a pris une chambre en ville.

Pierre P... qu'elle connaissait depuis peu, mais auquel elle s'était confiée, l'a aidée à chercher cette chambre. Elle allait voir sa mère pendant les heures de travail de son père, jusqu'au jour où celle-ci le décida à venir chez Michèle. Elle leur offrit du café. Comme ils lui demandèrent tous deux de rentrer à la maison, elle accepta et y resta jusqu'à son mariage. Elle continuait à voir Pierre ; ils se sont fiancés et mariés...

"Si j'avais su, me dit-elle, je ne me serais pas mariée avec lui"...

Elle me raconte être sortie 2 ou 3 fois avec un autre garçon qui était allé se plaindre à ses parents de son absence à l'un de leurs rendez-vous. Elle me relate en riant la conversation tenue pendant le repas suivant : toute la famille, attristée, disait : "Elle a fait une bêtise, il faut la marier". Pouffant de rire, elle leur avait alors fait remarquer qu'ils pouvaient au moins lui demander son avis !

Elle me dit qu'à cette époque, elle se liait facilement, n'avait pas peur des garçons : elle faisait partie, à 20 ans, d'un groupe de secouristes avec ses frères...

Elle s'est mariée à 21 ans. Au début de son mariage, elle a essayé de discuter avec son mari, mais il la traitait en petite fille et peu à peu elle a cessé de lui parler, se repliant sur elle-même.

Lors du divorce, son mari lui a reproché des "atrocités" (elle semble très atterrée) : mal tenir sa maison, être incapable de se détacher de ses parents, alors qu'elle ne les avait invités qu'une ou deux fois... Il a dit aussi qu'elle refusait les rapports sexuels, alors qu'au début de leur mariage, il lui disait parfois de ne pas l'ennuyer... Elle pense par ailleurs que leurs relations sexuelles étaient satisfaisantes.

Son avoué, lors du divorce, lui a demandé ce qu'elle reprochait à son époux. Elle a répondu : "rien, si ce n'est de m'avoir quittée alors que j'étais malade". Elle me dit alors : "des hommes, j'en ai assez".

Elle poursuit : "à l'hôpital, mon mari est venu me voir beaucoup au début de mon séjour, puis il a cessé ses visites". Elle ne pouvait lui écrire, se sentant incapable de tourner une lettre, étant gênée pour le graphisme en raison de son accident. Elle a essayé de lui téléphoner, mais il lui a répondu qu'il ne voulait plus d'elle, qu'il voulait une femme et qu'elle n'était qu'une enfant. Elle est aussi allée le voir, mais sans plus de succès. Elle n'en a actuellement plus aucune nouvelle.

Elle espère avoir, lors du partage des meubles, une petite table ronde à laquelle elle tenait beaucoup et pour laquelle elle a réservé une place dans son studio.

Elle a acheté le fauteuil dont elle avait envie depuis quelque temps et l'a placé en face du poste de télévision. Elle me décrit la disposition de ses meubles dans sa chambre.

Elle me parle à nouveau de la vente de la maison : Philippe aimerait la racheter et venir l'occuper avec sa femme et ses deux enfants. Elle ne sait si son père acceptera car ils sont en mauvais termes : comme Philippe avait refusé de signer, son père lui avait adressé une lettre où il lui reprochait de n'avoir aucune reconnaissance envers lui qui lui avait permis, l'année précédente, d'inhumer son bébé dans le caveau familial. Philippe avait jugé cette lettre déplacée. Depuis, il ne va plus chez son père, conduite qu'elle approuve totalement. (Elle quête mon approbation ; je fais un signe de tête).

Françoise qui refuse également de signer, "craignant que son père ne se laisse déposséder par son amie, alors que leur mère avait économisé toute sa vie pour acheter cette maison", serait d'accord pour que Philippe l'achète.

Michèle et ses 2 autres frères n'y voient pas d'inconvénient. Mais leur père acceptera-t-il ?

Elle enchaîne sur l'éthylisme de son père : il boit toujours 1 litre à 1 litre 1/2 de vin par jour. On ne peut rien y faire : il a fait une cure de désintoxication, mais au bout de 6 mois, a recommencé à boire, d'abord de la bière, puis du vin, buvant même après avoir pris son Espéral.

"S'il fallait que je travaille, je n'habiterais pas avec lui ! Le Docteur Nachin l'a vu alors qu'il était saoul et m'a dit qu'il ne fallait pas que j'habite avec lui..."

Nous prenons rendez-vous pour le mois suivant.

oooooooo

Vingtième entretien, le 13 mars 1974

Elle vient au dispensaire une semaine plus tôt que prévu. Elle est ce jour-là coquettement vêtue, bien coiffée et maquillée avec goût. Souriante, elle remarque le "beau fauteuil" qui se trouve pourtant là depuis plusieurs mois et me dit être venue renouveler son traitement. Elle vient de recevoir une injection de Modécate, mais craint de manquer de Ponalide et de Melleril.

Elle me demande à quoi servent les différents produits que je lui prescris et je le lui explique en termes simples. Elle me demande "le médicament contre la constipation que je lui ai déjà donné".

Elle me raconte en riant avoir fait une crise de foie la semaine précédente, après avoir mangé du pot-au-feu et je prescris du Sorbitol.

Je vérifie sa tension artérielle qui est basse et ajoute de l'Hept-amyl sur son ordonnance.

En riant, elle me fait remarquer qu'elle va finalement avoir beaucoup de médicaments à prendre !

Elle a passé une semaine chez Joël, s'est promenée, est allée au cinéma et chez le coiffeur, ce qu'elle me répète deux fois. Sa belle-soeur attend un bébé pour le mois de novembre. (Michèle semble heureuse à l'idée de cette nouvelle naissance).

Elle me dit être allée quelques jours chez Françoise et l'avoir ensuite invitée à venir manger chez elle. Elle l'attendait le dimanche précédent et avait fait un rôti de veau. Mais, comme elle n'est pas venue, elle en a mangé toute la semaine ! Elle rit, mais me semble cependant agacée et avoue avoir été déçue par la défection de sa soeur.

Elle a invité ses logeuses à déjeuner, leur a fait des coquilles de saumon sauce crevette. J'ai une mimique admirative. "Ce n'est pas difficile", me dit-elle et elle m'en donne la recette...

Elle a invité aussi son père et l'amie de celui-ci, leur a fait "le fameux pot-au-feu qui l'a rendue malade". Elle avait mis du vin sur la table "puisque son père en boit", mais celui-ci, spontanément, a limité sa consommation. Il s'est servi un verre d'eau, faisant "coin-coin". Elle a souri, Marguerite également, mais elles n'ont fait de commentaires ni l'une ni l'autre et il a bu son verre d'eau.

Elle me raconte tout ceci avec une satisfaction évidente, à nouveau détendue et souriante. "Lorsqu'il est chez son amie, il boit assez peu. Mais chez lui, il boit toujours beaucoup et alors s'énerve facilement. Il buvait encore plus lorsqu'il était jeune. Un jour, complètement ivre, il a vomi dans la maison, s'est effondré. Ma mère a dû appeler mes frères pour le relever. Il a vomi partout..."

Actuellement, quand elle se promène avec lui, il ne peut s'empêcher d'aller au café, sous prétexte d'acheter des cigarettes. "Mais en réalité, il boit un canon". Généralement elle l'attend à la porte, entre parfois avec lui, mais alors se sent gênée.

Dès qu'elle cesse de parler, je la sens mal à l'aise. Elle se trémousse sur sa chaise, tremble, semble un peu lointaine.

Je lui demande si elle se sent anxieuse. Elle répond : "J'ai toujours été nerveuse." Elle m'avoue avoir encore des angoisses cardiaques, alors elle s'étend, s'efforce de se détendre et ses angoisses cessent.

Son père et sa soeur étaient fâchés parce que celle-ci refusait de signer pour la vente de la maison, mais son père reprocherait aussi à Françoise d'avoir demandé la sortie de Michèle en avril 1972, pour la ramener 2 mois plus tard à l'hôpital parce qu'elle partait en vacances.

Son père dit que puisque le Docteur Nachin avait confié Michèle à sa soeur, elle n'avait qu'à la garder ! Michèle me raconte alors les circonstances de sa réintégration : elle était allée, avec sa soeur et son beau-frère qui ne voulaient plus la garder" voir sa grand-tante ; celle-ci ne les a pas fait entrer, les a laissés sur le seuil : "ma tante pleurait, avait trop de chagrin. Ils m'ont alors ramenée à l'hôpital".

Tous les enfants ont maintenant signé pour la vente de la maison, mais elle ne sait si son père acceptera de vendre à Philippe avec lequel il est toujours fâché. Il n'en parle pas et elle n'ose aborder cette question avec lui car il est incapable de discuter et se fâche immédiatement...

Elle est invitée chez son frère aîné qui s'est fait construire une maison dans le Midi, mais n'a pas envie d'y aller pour l'instant, ne tenant pas à entreprendre un tel voyage.

Elle espère avoir bientôt la visite de Françoise. Elle n'a pas de projet particulier actuellement et va se contenter de regarder la télévision.

Je clos l'entretien en lui demandant ce qu'elle pense de la fréquence de nos rendez-vous. Elle souhaite continuer à venir une fois par mois.

oooooooo

Vingt-et-unième entretien, le 9 avril 1974

Elle me demande en entrant dans le bureau, pour ne pas l'oublier, le renouvellement de son ordonnance (Modécate 25 mg : 1 ampoule intra-musculaire + Ponalide : 1 ampoule intra-musculaire toutes les 3 semaines. Melleril 10 mg : 3 dragées matin, midi et soir. Hept-a-myl : 3 comprimés par jour. Ponalide : 1 comprimé matin et soir. Mandrax : 1/2 comprimé à 1 comprimé le soir).

Elle est souriante, mais me semble cependant mal à l'aise et parfois lointaine au cours de l'entretien. Elle me signale "entendre son coeur battre le soir, mais parvenir tout de même à s'endormir". Elle a par moment "la tête vide", mais cette impression ne dure pas.

Elle s'inquiète car sa grand-mère vient de faire une congestion pulmonaire dont elle n'est pas encore guérie.

Sa soeur, son beau-frère et ses neveux, sont venus déjeuner chez elle. Après le repas, sa soeur et elle sont allées acheter une poussette pour sa petite nièce. Comme sa soeur avait oublié son porte-monnaie, elle lui a prêté de l'argent... Elle me donne ensuite le menu, enchaîne sur ce qu'elle va manger à midi. Elle semble heureuse de me parler de ses talents culinaires...

En parlant, elle se lève et va se peser. Elle est à l'aise, détendue...

Puis elle revient s'asseoir. Elle ne dit rien, moi non plus et je la sens de nouveau tendue. J'ai l'impression qu'elle meuble la séance en me parlant de ses activités.

Je lui dis qu'elle a peut-être autre chose à me dire qu'elle ne parvient pas à exprimer. Elle me dit alors rêver en couleur et me raconte avoir rêvé qu'elle était dans la montagne avec son père. Elle est tombée dans un précipice et a crié. Elle s'est alors éveillée.

Elle se souvient rarement de ses rêves.

Après un silence, elle me dit avoir été contrariée car sa télévision était en panne. Elle a appelé le réparateur, mais il a tardé à venir. Maintenant le poste est réparé, mais elle va recevoir la facture ! "Elle a bien de quoi vivre et parvient même à faire des économies, mais cette histoire de télévision l'a contrariée".

oooooooo

Le 7 mai 1974, elle adresse un mot au dispensaire disant qu'elle ne viendrait que la semaine suivante car elle va une dizaine de jours chez son frère (nous ne lui adressons plus de convocation depuis quelque temps).

oooooooo

Vingt-deuxième entretien, le 14 mai 1974

Elle est souriante et particulièrement soignée.

Je lui dis qu'elle porte une jolie robe et souligne le fait qu'elle a mis de l'ombre à paupières, ce qui est nouveau. Elle semble heureuse du compliment.

"Elle se maquille ainsi tous les jours. Quant à la robe, elle ne lui appartient pas", ajoute-t-elle en riant. Elle est allée une dizaine de jours chez Joël qui a déménagé. Sa belle-soeur, enceinte, lui a prêté toutes ses robes qu'elle ne peut plus mettre.

Son séjour chez son frère s'est bien passé : elle s'est promenée, a regardé la télévision. Son frère et sa belle-soeur sont heureux d'attendre un bébé ; fille ou garçon, peu importe puisque c'est le premier.

Je lui rappelle qu'elle m'avait dit lors d'un précédent entretien qu'elle aurait aimé avoir un bébé. "Mon mari n'a pas voulu. Il me traitait comme un bébé. Il disait que ça lui ferait deux bébés et il aurait fallu déménager... Il pensait que je serais trop fatiguée..."

Elle aurait aimé avoir deux enfants : "un s'ennuie, deux peuvent jouer ensemble."

Je lui dis qu'elle-même s'est toujours sentie solitaire.

- Elle : "En Algérie, je jouais avec mes frères et soeur. A mon retour en France, je n'avais pas d'amie. Les petites filles de ma classe ne jouaient pas avec moi car je n'apprenais rien en classe."

- Moi : "Vous vous sentez toujours rejetée, inférieure."

- Elle : "Quand on vous a toujours rabaissée, on ne peut remonter la pente. Mon mari était très intelligent. Moi j'étais incapable d'écrire une lettre sans faute, de faire un chèque... Toujours il me rabaissait". Elle insiste ensuite sur le fait qu'elle fait vraiment beaucoup de fautes, qu'elle n'apprenait rien en classe.

"Avant mon accident, ça allait. Après, je n'ai plus jamais rien appris. Et j'ai beaucoup manqué, pendant 1 an 1/2".

Elle a toujours peur qu'en regardant son visage, on ne remarque son oeil. Si on lui en parle, elle dit qu'elle a été accidentée et se sent alors "inférieure".

Je lui demande si cet oeil est définitivement perdu. "A 18 ans, elle est allée voir un oculiste pour savoir si on pouvait l'opérer et lui a demandé ce qu'il ferait si elle était sa fille. Celui-ci a répondu qu'elle n'était pas sa fille, mais qu'il pensait qu'il valait mieux ne pas opérer tant qu'elle voyait bien de l'autre oeil. Si la vision de l'oeil gauche diminuait, alors il faudrait opérer."

Quand elle était petite, elle portait des lunettes. Un jour, une petite fille l'a appelée "quatre-z'yeux". Elle a pleuré et a raconté le soir la scène à sa mère. Celle-ci lui a appris alors qu'elle n'avait en fait qu'un oeil. "Elle a été

encore plus malheureuse". Le lendemain, elle a dit à la petite fille qu'elle n'avait qu'un oeil.

"A l'école, les petites filles ne jouaient pas avec moi parce qu'elles ne me connaissaient pas," enchaîne-t-elle.

Je souligne la différence entre ce qu'elle me dit à ce moment et ce qu'elle m'a dit au début de l'entretien, ajoutant que la seconde proposition me semble plus probable.

Elle me parle alors de Martine. Celle-ci avait 8 ans, elle 10. Michèle allait dans une école religieuse ; elle était infernale, grim pant sur les tables dès que l'institutrice avait le dos tourné... , "pour se faire renvoyer et rejoindre Martine."

- Moi : "Vous étiez une enfant terrible".

Elle rit, répond qu'elle n'était pas la seule à se comporter ainsi... Sa mère a été convoquée par la directrice : Michèle était renvoyée. C'est ainsi qu'elle est allée à l'école avec Martine.

Je lui demande si elles étaient dans la même classe. Elle me répond que Martine était en avance d'un cours sur elle.

Elle me dit ensuite "avoir encore mal au coeur, mais elle attend et ça se passe". Elle me raconte que "sa grand-mère a été malade du coeur, a failli mourir. Elle a 78 ans. Elle va un peu mieux maintenant".

Je lui dis alors que le "mal au coeur qu'elle ressent me semble en fait représenter autre chose, un autre mal".

Elle rit et raconte : "j'avais mal au coeur. Je suis allée voir un médecin, une femme assez âgée. Elle m'a appuyé sur le sein gauche et ça m'a fait mal. Elle m'a demandé si je n'avais pas d'enfant. J'ai répondu non. Elle m'a alors demandé si je n'en voulais pas. J'ai dit si. J'avais vraiment mal ; quand mon mari me serrait dans ses bras, je criais."

Elle sort précipitamment une ordonnance de son sac et me demande du Ponalide. Je fais l'ordonnance et dis que "son mal au coeur me semble en rapport avec le fait qu'elle n'ait pas eu de bébé. Peut-être son mari n'en voulait-il pas, ne se sentant pas capable alors d'assumer cette responsabilité. "

- Elle : "Il n'y avait pas que cela. Il était malade. Il avait des lésions au niveau des deux coudes, des petites peaux qui se détachaient." Il se gratte (elle dit ceci au présent, alors que le reste est au passé) et m'a dit que si je me coupais par exemple, j'attraperais la même chose.

Son débit est rapide, son visage exprime une grande émotion.

L'entretien est coupé (on m'appelle au téléphone dans le bureau voisin).

A mon retour, elle est plus détendue.

Je reprends : "vous me parliez de votre mari. "

- Elle : "Il y a des choses qu'on n'ose pas dire".

- Moi : "A qui ?"

- Elle : "A vous. "

- Moi : "Quoi par exemple ?"

- Elle : "Mon mari était très méchant avec moi. Quand il écrivait à ses anciens amis, il disait sur moi des choses très méchantes".

Elle dit à nouveau faire des fautes d'orthographe. Elle lit un roman actuellement, cherche certains mots dans le dictionnaire, mais en oublie le sens au fur et à mesure. A l'école, elle était incapable de retenir une récitation, alors qu'il suffisait à sa soeur de la lire pour la savoir.

Je la valorise en lui disant qu'elle sait bien faire la cuisine.

"Elle a appris en regardant faire sa mère et lit les recettes dans son livre de cuisine. Pour tout ce qui est manuel, ça va," dit-elle. Joël lui a demandé de faire du boeuf au jus : "il en avait assez de manger des spaghettis". Elle rit et m'explique que sa femme est d'origine italienne. "Ma belle-soeur m'a demandé de lui montrer comment faire du chou-fleur au gratin."

Elle est détendue à la fin de l'entretien et ne semble pas pressée de quitter le bureau.

oooooooo

Vingt-troisième entretien, le 4 juin 1974

Elle me demande de renouveler son ordonnance, ce que je fais.

Elle porte ce jour un pull et un pantalon noir et je lui dis en plaisantant qu'elle est bien sombrement vêtue. Elle me raconte s'être disputée avec Tante Paulette qui lui a reproché "de mettre du rouge à lèvres pendant le deuil de sa mère et de s'habiller maintenant en noir". Elle lui a répondu "porter le deuil dans son coeur et non dans sa tenue". Elle rit.

Heureuse, elle me raconte avoir eu la visite de Joël qui, étant de passage, est venu la voir.

Ses logeuses sont actuellement en Vendée. L'an dernier, elles lui avaient demandé d'aller avec elles à Lourdes, mais elle me dit que je n'ai pas voulu et qu'elle n'y est donc pas allée. Elle rit (pour faire passer cette agression, me semble t-il).

Je réponds que je n'avais probablement pas dit exactement cela et qu'elle a sans doute interprété mes paroles.

Elle me dit que je n'ai pas voulu non plus qu'elle aille à Londres.

Elle parle ensuite de ses ennuis physiques : "elle a mal au coeur", "elle a mal aux yeux"... "Elle a mal aux yeux après ses règles". Elle me raconte la peur qu'elle a eu lors de ses premières règles. Elle a alors appelé sa mère. Elle se confie plus difficilement, est assez figée. Elle me raconte qu'elle tache ses slips, me décrit des leucorrhées.

Je lui conseille de faire des injections vaginales et lui ajoute du Mercryl sur son ordonnance.

Elle me raconte avoir fait une cystite à l'âge de 17 ans.

"Lorsqu'elle était mariée, elle a eu mal dans le bas-ventre une nuit et a dû appeler le médecin qui lui a donné un suppositoire."

"Lorsqu'elle avait ses règles, elle avait mal aux seins. Comme elle voulait un enfant et avait mal aux seins, elle a dû suivre un traitement et après ça a été."

Elle est constipée et me réclame du Jamlène.

A la fin de l'entretien, je lui demande si elle part en vacances cette année : "Joël ne part pas", répond-elle. Son père lui avait proposé d'aller avec Marguerite et lui en Espagne, mais elle a refusé car elle a peur lorsqu'il conduit après avoir bu. Elle ne sait donc pas ce qu'elle va faire et pense qu'elle ne partira pas.

oooooooo

Vingt-quatrième entretien, le 2 juillet 1974

Souriante, elle me raconte être allée quelques jours chez sa grand-tante. Elle ne veut pas aller en vacances avec son père, de peur de se fâcher avec lui.

Elle va parfois à la piscine, mais dit "nager de travers, probablement à cause de son oeil."

"Elle se sent légère après son injection de Modécate, mais a la sensation d'avoir la bouche sèche." Je lui dis de boire beaucoup. En riant, elle m'explique que c'est ce qu'elle fait et que ses logeuses ont remarqué qu'elle allait souvent aux W. C.

Elle n'a plus de leucorrhées. Elle prend du Jamylène contre la constipation.

Elle me dit avoir "mal au coeur, penser avoir un cancer au coeur".

Je lui demande 'pourquoi un cancer, pourquoi avez-vous besoin d'avoir un cancer au coeur ?"

Elle me répond se sentir condamnée. Je lui demande : "Pourquoi condamnée, que vous reprochez-vous ?"

Elle me raconte alors que "lorsqu'elle avait une douzaine d'années, elle a eu une relation sexuelle." Elle me dit, avec réticence, "avoir eu une relation avec son frère aîné, pour quelque chose d'insignifiant, un cahier ou un crayon". Celui-ci, en la menaçant, lui a dit de ne pas en parler. Elle ne l'a jamais dit même à sa mère : "celle-ci aurait été trop désolée."

Elle ne pensait plus à cela, jusqu'au jour où elle s'est mariée. Sa grand-mère exigeait qu'elle se marie en blanc, sinon elle ne serait pas venue. Elle a raconté cette histoire à son mari qui lui a dit que ce n'était rien.

Je lui dis qu'elle n'est pas responsable de cette affaire et n'a pas à se la reprocher. Son mari ne lui a pas raconté ce qu'il avait fait avant le mariage. Elle me dit que si. J'ajoute que de toute façon, il lui a dit que ce n'était rien.

Malgré mes paroles, je ne la sens pas rassurée à la fin de l'entretien.

CHAPITRE QUATRIEME

ESSAI DE COMPREHENSION DU CAS MICHELE : PRINCIPES, MOYENS ET FINALITES DE LA PRISE EN CHARGE DU MALADE PSYCHOTIQUE

I - LES AXES DE LA PSYCHIATRIE MODERNE

A - Le point de vue psychiatrique clinique

1) Diagnostic

Du point de vue diagnostic psychiatrique, le cas Michèle est évident, telle qu'elle se présente au moment de son hospitalisation. Il s'agit d'une bouffée délirante aiguë polymorphe, telle que les psychiatres français du XIXème siècle en ont fixé le tableau, le polymorphisme des idées délirantes se manifestant ici par un mélange d'idées délirantes à thème mystique, de persécution et d'autoaccusation.

2) Portée des troubles

a) En général, la bouffée délirante n'apparaît pas comme une maladie mais comme un syndrome dont la portée doit être précisée. Les psychiatres cliniciens français du XXème siècle ont tenté de le faire et l'on peut distinguer quatre possibilités dont l'importance relative est appréciée différemment suivant les auteurs :

- la bouffée délirante comme crise existentielle unique chez un adolescent ou un adulte jeune ;
- la bouffée délirante comme équivalent d'un accès d'agitation maniaque ou de dépression mélancolique ;
- la bouffée délirante comme mode de début d'une psychose schizophrénique de longue évolution ;
- plus rarement, la bouffée délirante dans le cadre des troubles mentaux des épileptiques.

Mais, la plupart des auteurs anglo-saxons et ceux des pays qui adoptent leur classification n'individualisent pas les syndromes délirants aigus et les considèrent tous comme des schizophrénies aiguës, ce qui conduit non seulement à des confusions dans les discussions internationales, mais aussi, ce qui est plus grave, dans le domaine des traitements et des pronostics.

Dans ce cas précis, sans faire preuve de chauvinisme, il nous semble que la psychiatrie française, dans le droit fil de la médecine clinique française, est dans une ligne juste en tendant à des observations cliniques fines et à une distinction précise de la diversité des cas. BELLAK (2) nous a d'ailleurs appris que les auteurs américains tendaient à redécouvrir les syndromes mentaux pouvant appartenir à la psychose maniaco-mélancolique depuis que l'action du lithium dans ce genre de psychose a été découverte.

b) Dans le cas de Michèle, la portée des troubles nécessite déjà une discussion complexe. Si l'épilepsie est exclue, on peut incriminer la fragilité cérébrale acquise à la suite d'un polytraumatisme avec coma d'une certaine durée. Il s'agit d'une jeune femme mariée, mais sans profession et sans enfant, dont l'adaptation à la vie conjugale n'est pas très bonne et chez laquelle le décès de sa mère a pu déclencher une crise existentielle.

Mais, l'invasion schizophrénique est redoutée à cause de plusieurs éléments :

- La bouffée délirante est dominée au début par des attitudes d'écoute, des hallucinations auditives, des commandements par voie

hallucinatoire qui font partie du syndrome d'automatisme mental de De Clérambault et dont l'importance est parfois considérée comme de mauvais pronostic, tandis que la vigilance apparaît peu diminuée et qu'il n'y a pas d'hallucinations visuelles évidentes au début (toutefois, l'onirisme avec hallucinations visuelles se manifestera au cours de l'évolution) ;

- la bouffée délirante réagit lentement au traitement ;

- la bouffée délirante survient chez une patiente de constitution physique leptosome, longiligne asthénique, que ses proches décrivent comme ayant un caractère renfermé, triste, avec sautes d'humeur et peu de relations sociales en dehors de la famille, ce qui fait évoquer la notion d'introversion de Yung et la schizoïdie de Kretschmer et de Minkowski à partir desquelles une psychose schizophrénique peut se développer.

Toutefois, la survenue du syndrome peu de temps après le décès brutal d'une mère à laquelle la malade était très attachée et la dominance dans les idées délirantes de la culpabilité, du châtiment et de la mort, font davantage apparaître le syndrome délirant comme l'équivalent d'un accès dépressif mélancolique, en partie réactionnel au deuil. En général, la malade manifeste une humeur triste en syntonie avec le deuil. Les fluctuations de son état elles-mêmes apparaissent psychologiquement compréhensibles, d'aspect réactionnel, l'aggravation principale correspondant à la perspective d'une nouvelle séparation, celle d'avec le mari. Il n'y a pas de discordance importante. Tous ces éléments font pencher vers notre dernière hypothèse.

Dans le doute relatif où le psychiatre reste après l'évaluation d'une bouffée délirante à son début, il est de bonne méthode, tout en faisant part à la famille et aux soignants du caractère sérieux des troubles et de la petite part d'incertitude péjorative que leur évolution comporte, de faire preuve d'un optimisme raisonné et de s'attacher à l'hypothèse la plus favorable, de façon à obtenir la meilleure collaboration des médecins, des infirmiers, des parents et des amis à une bataille qui peut et doit être gagnée et dont un pronostic destructeur risquerait de compromettre l'issue, comme l'a bien montré H. BARUK (1).

3) Le traitement

En général, le traitement d'une bouffée délirante nécessite l'hospitalisation en milieu spécialisé, bien qu'il ait été possible occasionnellement de l'organiser à domicile, à condition que le malade puisse être suivi vingt-quatre heures sur vingt-quatre et que son délire ne soit pas localisé sur son lieu de vie ou sur des personnes de son entourage. Il comporte :

1° une surveillance permanente, de manière à éviter les passages à l'acte à type d'automutilation, de suicide et, plus rarement, à type d'agression des personnes ou de destruction des objets, le malade étant en chambre particulière avec un soignant ou, à défaut, dans un petit dortoir ;

2° des soins généraux, veillant à l'alimentation et aux émonctoires, avec surveillance et correction de l'équilibre électrolytique lorsqu'il est perturbé ;

3° des médications sédatives. De ce point de vue, l'apparition des neuroleptiques a permis de disposer de toute une gamme de médicaments actifs, peu toxiques, permettant de diminuer l'angoisse, l'agitation et les autres symptômes psychotiques sans abrutir le malade, à condition que la posologie soit adaptée à chaque cas tout au long de son évolution.

Ce plan de traitement médical psychiatrique peut être ordonné par le médecin et réalisé par les infirmiers avec des résultats favorables, mais nous verrons plus loin pourquoi et comment il gagne à être repensé et coordonné dans le cadre d'un plan de soins du malade mental : dans ce cas précis, le plan de soins de Michèle.

4) Le pronostic

a) Le pronostic de ces états a été fixé par une étude catamnétique d'H. EY (4). Un sujet sur quatre environ avait présenté une bouffée délirante unique curable ; un sur quatre avait présenté plusieurs épisodes curables, donc le pronostic était favorable dans un cas sur deux ; un sujet sur quatre avait

versé vers la psychose de longue évolution après un ou plusieurs épisodes curables, tandis qu'un sujet sur quatre connaissait une évolution schizophrénique d'emblée.

L'absence de moyens de recherche en psychiatrie rend les études catamnestiques rares, mais on peut raisonnablement penser qu'une étude catamnestique portant sur les années 1955-1980 donnera des résultats plus favorables.

b) Dans le cas Michèle, l'hypothèse diagnostique retenue d'une bouffée délirante - équivalent d'un état dépressif mélancolique - était plutôt favorable. Mais sa fragilité mentale liée à l'accident de l'enfance ou peut-être antérieure, la schizoïdie antérieure, la longueur de l'évolution du premier épisode psychotique et l'isolement social de la malade malgré la sollicitude de plusieurs membres de sa famille suscitaient de sérieuses réserves pour l'avenir.

5) Considérations étiopathogéniques

a) En général, les bouffées délirantes étaient considérées par les anciens auteurs français comme le fait de personnes présentant une fragilité héréditaire du système nerveux central, ayant souvent des antécédents neuro-psychiatriques familiaux. Parmi les causes déclenchantes, les causes morales comme le deuil et la déception amoureuse se voyaient reconnaître une place, mais plutôt comme révélateur de l'incapacité de ces personnes à supporter, contrairement à la grande majorité, les malheurs banals de l'existence. Plus récemment, des auteurs ont signalé, et c'est conforme à l'expérience du Dr. Nachin, que le pronostic des bouffées délirantes est moins bon lorsqu'elles éclatent chez des sujets sans antécédents neuro-psychiatriques familiaux, ni antécédent personnel notable, tandis que les sujets à antécédents neuro-psychiatriques familiaux chargés, qui présentent plus souvent des bouffées délirantes, guérissent également plus facilement, comme si leur personnalité labile, plus sujette à se déstructurer, pouvait également se restructurer plus aisément.

b) Dans le cas Michèle, il n'y a pas d'antécédents neuro-psychiatriques familiaux importants. Le père est un buveur, devenu alcoolique, mais il s'agit d'un alcoolisme peu grave qui ne l'a pas empêché de faire sa carrière de gardien de la paix, bien qu'il ait certainement fâcheusement retenti sur l'ambiance familiale et l'éducation de ses enfants. Un frère est un peu instable professionnellement. Mais c'est surtout le grave accident de Michèle par explosif, avec coma, perte d'un oeil et de l'extension de la main droite, qui a pu la fragiliser cérébralement, mais a bien davantage compromis le déroulement de son enfance et de sa scolarité. On peut toutefois soulever la question d'une fragilité préexistante, compte-tenu de l'anorexie de la première enfance, mais on sait aujourd'hui qu'il s'agit d'un symptôme de déterminisme varié qui n'a pas de signification pronostique. (C. CHILAND) (3).

B - Le point de vue psychanalytique appliqué à la psychiatrie

Contrairement aux oppositions que des auteurs, pourtant d'opinions opposées, s'entendent pour marquer entre la psychanalyse et la psychiatrie, FREUD (5) a écrit que la psychanalyse est à la psychiatrie à peu près ce que l'histologie est à l'anatomie et qu'une contradiction entre ces deux ordres d'études dont l'une continue l'autre est inconcevable. S'agissant des bouffées délirantes, ce n'est pas au niveau du diagnostic, qui est repris comme tel par les psychanalystes qui s'intéressent aux psychoses, que la psychanalyse nous apporte du neuf. Mais déjà les notions de bouffée délirante comme crise existentielle ou comme équivalent maniaco-dépressif, même si elles sont défendues aussi par des psychopathologistes phénoménologues et par des psychiatres non psychanalystes, voire antipsychanalystes, sont des notions qui ont été introduites par Freud et ses continuateurs. Dans le cas particulier qui nous occupe, Freud, dès le début de son oeuvre, a relevé le lien entre le délire hallucinatoire aigu et le deuil. Mais c'est au niveau de la pathogénie, - de la compréhension des mécanismes des troubles -, du traitement et de l'étiologie que l'apport de la psychanalyse est le plus notable. Comme il ne nous est pas possible de reprendre ici l'ensemble des travaux psychanalytiques dans ce domaine, nous nous limiterons à considérer le cas Michèle à la lumière des mises au point françaises de S. NACHT (10, 11) et P. C. RACAMIER (12, 13).

1) Compréhension du cas Michèle

Michèle vient de perdre sa mère chez laquelle, bien qu'elle soit mariée, elle se rendait plusieurs fois par semaine. Dans l'immédiat, elle se comporte normalement, paraît accepter ce décès, participe aux funérailles et poursuit sa vie quotidienne. Mais son mari, homme intelligent et sensible, est surpris qu'elle supporte ainsi la disparition de cette mère à laquelle elle lui semblait attachée plus qu'à tout autre personne. De fait, la suite nous montre qu'elle ne fait pas normalement le deuil de sa mère, car elle n'a pas vraiment admis ni intégré la mort de celle-ci dans son expérience mentale. Elle est d'abord sidérée puisqu'elle considère qu'il s'est passé quelque chose d'anormal dont elle va chercher fébrilement le secret dans les livres religieux, alors que, bien que catholique, ce ne soit pas dans ses habitudes. Pour rompre avec l'idée intolérable elle devra rompre avec une partie de la réalité extérieure qui y est attachée, l'idée de la mort de sa mère renvoyant à la mortalité commune.

A partir de l'irruption du délire, Michèle va osciller spontanément, mais aussi sous l'action des traitements médicamenteux, des soins infirmiers, des interrreactions familiales et des entretiens psychiatriques entre cinq mouvements principaux :

- un mouvement délirant mystique et mégalomane ;
- un mouvement dépressif, avec des idées délirantes mélancoliques ;
- un mouvement hypocondriaque où elle pense être atteinte d'une maladie mortelle ;
- un mouvement persécutif centré sur son entourage fraternel ;
- un mouvement où elle réinvestit sur un mode narcissique des objets d'amour parmi les membres de sa famille, mais aussi la thérapeute.

Enfin, on relève, surtout dans la dernière période, dans ses propos et dans ses conduites, des manifestations plus évoluées qui témoignent de l'existence d'une problématique névrotique oedipienne, avec la possibilité de relations plus objectives avec les personnes.

Là où la clinique psychiatrique ne saurait voir que le "polymorphisme", la théorie psychanalytique du délire nous apporte des éléments précieux. Le premier élément, c'est que le délire est la solution plus ou moins stable d'une situation de conflit psychique ; il est à la fois une manifestation de peur panique et la défense mise en place par le psychisme contre cette peur. J. P. Fal ret et d'autres anciens auteurs l'avaient indiqué, mais la psychanalyse l'a définitivement établi. Dans les bouffées délirantes aiguës et en particulier chez Michèle, la solution est encore instable. Nous la voyons dans ce moment qui a particulièrement intéressé la psychopathologie moderne, celui des "altérations psychiques qui prennent place entre le point de saturation du conflit délirogène et la naissance du délire constitué, autrement dit : des états matriciels ou primordiaux du délire." (NACHT S. et RACAMIER P. C.) (11).

Dans le premier élan du délire, Michèle nie la mort de sa mère, mais cette négation ne suffit pas, elle ne doit plus être une jeune femme handicapée à qui sa mère fait brutalement défaut, elle est chargée d'une mission ; Dieu l'appelle, elle est la Vierge Marie enceinte du Sauveur ; elle participe donc de la Toute-Puissance divine et ne peut être durablement atteinte par les vicissitudes de ce monde ni durablement séparée de son objet d'amour privilégié.

Secondairement, elle réalise le désir d'avoir un enfant sans intervention d'un homme et elle-même a été conçue par sa mère sans intervention d'un homme suivant le dogme catholique. Elle apparaît ainsi quasi-identique à sa mère, dans une double exclusion d'un partenaire sexuel terrestre. Nous aurons à revenir sur ce manque de distinction entre elle et sa mère au niveau du psychisme de Michèle. Dans le contexte de cette organisation délirante, on conçoit que, non seulement les rapports sexuels avec le mari soient refusés, mais que le mariage soit annulé symboliquement par le retrait de l'alliance.

Mais le mouvement délirant mystique et mégalomane, ainsi que la négation du deuil qui y est liée, ne sont pas stables. Ils laissent plus souvent la place à la dépression avec idées délirantes mélancoliques, auto-reproches, désir de mort et conduites de mortification. La perte de l'objet d'amour privilégié, par suite de sa mort, fait que Michèle ne se sent plus aimée et ne peut plus se sentir aimante. Elle se sent elle-même mortellement coupable, sans être en état d'explicitement cette culpabilité.

Plus tard, Michèle, hypocondriaque, se sentira atteinte d'une maladie grave ou mortelle, lèpre, mais surtout cancer au coeur qui renvoie à la maladie de coeur de sa grand-mère ; elle est ainsi comme cette femme âgée.

A un autre moment plus tardif, ce n'est plus elle-même mais ses proches qu'elle accuse de lui faire des reproches, par lesquels elle justifie une tentative de suicide.

Lorsqu'elle s'améliore, Michèle tend à réinvestir des objets d'amour sur un mode narcissique, s'appropriant tout à tour la chambre de son neveu qui lui a été prêtée, les vêtements d'une belle-soeur et jouant avec sa thérapeute autour de leurs vêtements respectifs. Enfin, ce n'est qu'au point où notre récit s'arrête que le "cancer au coeur", le fait d'être "condamnée", sont mis en rapport avec la culpabilité liée à sa sexualité infantile, avec la mention d'une relation sexuelle vraie ou imaginaire, paraincestueuse, avec un frère plus âgé.

2) Pathogénie

Pour NACHT et RACAMIER, le sujet prédisposé au délire est un sujet étroitement dépendant d'un objet d'amour privilégié, d'un objet-pilote : dans le cas de Michèle, sa mère. Lorsque le futur malade doit renoncer à cet objet, le désinvestir de ses pulsions instinctives, - ici dans les conditions du deuil -, toutes les pulsions du sujet, d'amour et de haine, se retrouvent séparées à l'état libre. D'où une angoisse terrifiante. Les limites entre la personne du malade et le monde comme entre le vrai et l'imaginaire s'effondrent. Il s'agit d'un sujet qui n'a jamais pu dans son enfance intégrer pleinement la dualité du sujet et de l'objet, ni accéder à une relation authentiquement objectale, c'est-à-dire une relation entre lui et un autrui, le sujet se percevant et percevant son partenaire chacun comme une personne séparée. D'où son extrême sensibilité et la désintégration de sa personne propre lorsque quelque chose change dans sa relation à son objet privilégié, a fortiori lorsque ce dernier disparaît. A partir de cet effondrement, le délire survient comme une tentative pour recréer un monde structuré, ayant retrouvé un sens, et pour renouer avec ce monde particulier. Les pulsions d'amour et de haine, d'abord ramenées sur le sujet, sont projetées à nouveau sur un objet extérieur, mais qui conserve la même signification inconsciente que l'objet rejeté : ici la mère disparue, avec une ambivalence énorme entre l'image inconsciente de la bonne mère (les

hallucinations douces...) et celle de la mauvaise mère (le vécu persécutif...).

Malgré les soutiens affectifs dont elle bénéficie, la malade est la plupart du temps seule et, plutôt que la dépression qu'entraînerait cet esseulement, la formation d'idées délirantes comble une partie du vide de son existence, ce qui correspond à la formule d'un psychopathologiste phénoménologue, KAHN (6) : "plutôt combattre ou souffrir du monde entier que d'être seul". La résurgence des idées délirantes se produit en particulier lorsqu'elle échoue dans ses manœuvres narcissiques : ainsi, lorsque la confiscation de la chambre de son neveu ou des vêtements d'une belle-soeur suscitent des réactions de rejet à son égard de la part des parents concernés. Elle réalise ces actions anormales sans percevoir ce qu'elles ont d'anormal : elle pense simultanément que les siens veulent la dépouiller de ses biens. La projection psychotique qui signe le délire est évidemment une défense contre des pulsions inacceptées, - ici la pulsion à s'approprier agressivement les objets d'autrui -, mais cela ne suffirait pas à la rendre psychotique et délirante. Les névrosés comme les personnes bien adaptées projettent couramment sur le monde extérieur leurs pulsions agressives pénibles, - tel un médecin qui arrive de mauvaise humeur dans son service et trouve ce jour-là que ses collaborateurs lui font grise mine et sont mal intentionnés à son égard -, mais ils se vivent comme des personnes séparées de leurs partenaires. Au contraire, la projection psychotique prend naissance dans un état d'indifférenciation de soi et d'autrui, de l'imaginaire et de l'objectif et c'est ce qui donne aux productions délirantes leur puissance d'authenticité, assoit la conviction absolue du délirant. Les idées délirantes de Michèle concernant les biens, l'héritage, l'argent, plongent à la fois leurs racines dans des événements réels passés et dans ses désirs propres. Événements réels : elle a été victime d'un grave accident causé par la manipulation d'un engin de guerre, elle a été durablement séparée de sa mère et de ses frères et soeur étant jeune et sa pension a certainement joué un rôle dans l'économie familiale, qu'on l'utilise lorsqu'elle était jeune ou que l'on sollicite d'elle des prêts lorsqu'elle a grandi. Désirs propres : elle est intolérante dans un premier temps au projet de remariage de son père, elle se montre cavalière avec une belle-soeur, elle est jalouse des enfants de sa soeur et se montre plus conciliante avec son beau-frère qu'avec cette dernière ; on perçoit là une agressivité vis-à-vis des femmes et un intérêt pour les hommes de la famille qui font évoquer l'Oedipe, mais pendant longtemps cela apparaît davantage comme un sentiment de propriété des personnes et des objets de la famille analogue à son sentiment d'unité avec sa mère, tant les images des deux sexes

apparaissaient mal différenciées, que comme un désir affirmé vis-à-vis de parents de sexe opposé. Le désir d'inceste et de meurtre sont à l'arrière-plan, inabordables, tant l'agressivité du sujet non seulement lui fait craindre pour l'existence d'autrui et pour la sienne propre, mais lui donne le sentiment de la destruction d'autrui en même temps que de la sienne. Fantasme de destruction et réalité de la destruction se confondent. D'où la réaction catastrophique à la mort de sa mère : pour elle comme pour le très jeune enfant, la mère restait le garant de l'existence du monde comme de son existence propre. Mais la réalité objective du deuil dans le cas de Michèle ne doit pas nous tromper : la personne prédisposée à la psychose peut être traumatisée subjectivement par des circonstances minimales "pour peu qu'elles lui rappellent que ni son objet ni elle-même ne sont conformes à l'image extrêmement idéalisée qu'elle a été poussée à s'en faire." Un peu plus tard, Michèle ne peut pas supporter que la chambre de son neveu lui soit seulement prêtée et qu'elle doive quitter le foyer de sa soeur pour s'installer dans un appartement voisin. Les moindres frustrations sont vécues comme une atteinte à l'intégrité propre, à l'amour-propre, ce que la psychanalyse désigne comme le narcissisme du sujet. Non seulement la perte de l'objet, mais son éloignement, ses manquements, sont vécus par le prépsychotique comme une atteinte personnelle intolérable.

Les différents mouvements que nous avons décrits au cours de l'évolution de Michèle correspondent au devenir de ses pulsions amoureuses et agressives après la perte de l'objet : soit qu'elles embrassent le monde entier dans l'extase mystique, qu'elles se replient sur le sujet dans l'hypocondrie, qu'elles réinvestissent une partie d'un monde transformé par le délire sur le mode persécutif ou qu'elles aboutissent au suicide. Les significations multiples de ce dernier ne sont pas exclusives les unes des autres : abolir l'angoisse insupportable, rejoindre dans la mort l'objet perdu, tuer une deuxième fois l'objet décevant intériorisé, enfin se punir soi-même de ses désirs agressifs.

Le traitement psychiatrique moderne qui associe les neuroleptiques et les soins psychologiques, en luttant efficacement contre l'organisation du délire, ramène le sujet vers la dépression et c'est dire les précautions qu'il nécessite.

3) Le traitement

"Dans les crises psychotiques (dépressives, maniaques, délirantes, confusionnelles ou atypiques), il n'y a évidemment pas de cure psychanalytique possible" écrit Racamier, toutefois la compréhension psychanalytique de ces états fournit des moyens d'action thérapeutique.

Ainsi, au cours de la dépression mélancolique, la connaissance du fait que le mélancolique n'a d'oreille que pour son Surmoi, qui défend tout et ne protège plus, fait conclure qu'en pratique psychothérapique, on augmentera la détresse du déprimé en s'adressant à lui avec douceur, en cherchant à le déculpabiliser, etc... alors qu'au contraire, on se fera utilement entendre de lui en employant le ton et les termes d'un parent très ferme, c'est-à-dire d'un Surmoi fort mais bon. Cette indication, intéressante pour le médecin, est encore plus importante pour le plan de soins infirmiers.

N'ayant pas la formation nécessaire pour entreprendre une psychothérapie psychanalytique de psychose, le psychiatre non psychanalyste et le psychiatre en formation peuvent seulement essayer de tirer parti de leurs ressources personnelles dans la relation avec le psychotique, en s'appuyant sur les acquisitions des psychothérapeutes de psychose. La première d'entre elles met d'ailleurs l'accent sur le fait que le thérapeute doit proposer une présence, proposer une réalité bienveillante et bien vivante au psychotique. Il faut que le thérapeute ait un désir sincère d'aider durablement le patient. Il faut aussi que le psychotique accepte la relation avec un thérapeute déterminé. Les entretiens ont lieu habituellement en face à face, ce qui permet au patient de vivre plus aisément la présence du thérapeute et d'être rassuré sur ses réactions. Le thérapeute reste neutre dans la mesure où il doit accepter son patient tel qu'il est, percevant ses propos, ses attitudes et ses gestes objectivement sans en souffrir ni s'en réjouir. Mais il manifeste le caractère personnel de sa présence en se présentant tel qu'il est dans sa vie sociale courante et en indiquant au patient les aspects actuels et réels de la relation : il reconnaît ses erreurs, s'explique s'il est en retard, s'excuse s'il a manqué d'attention car le psychotique ne laisse passer aucun signe qui pourrait indiquer un rejet de la part du thérapeute et le fantasme du patient ne sera maîtrisé que s'il est confronté à la

toute simple réalité. Le thérapeute doit se sentir chargé d'âme et le patient pourra ainsi apprendre qu'il existe en connaissant qu'il existe au cœur d'un autre. Il tend à fonctionner comme un substitut maternel pour son patient même au-dehors de tout maternage direct.

Dans notre pratique, le maternage du psychotique est réservé aux périodes aiguës et confié aux infirmières (nous y reviendrons dans le cadre du plan de soins infirmiers). Ma collègue et moi avons tendu à fonctionner auprès de la malade comme une amie ou une sœur aînée. Les interventions ponctuelles du chef de service ont été délibérément des attitudes de soutien paternel :

- au moment de l'entrée, en disant à la malade combien il était triste de perdre une maman très aimée aussi brutalement, qu'elle était près de nous dans un hôpital où elle serait en sécurité et où nous ne laisserions personne lui faire du mal ;

- en intervenant dans les moments clés de la séparation d'avec son mari et pour préparer ses sorties ;

- en intervenant pour lui proposer l'aide de ma collègue, lui expliquer le départ de cette dernière et proposer ma propre intervention.

Quoiqu'il en soit des attitudes parentales, de parent bon mais ferme, prises à certains moments évolutifs de la cure, nous ne devons pas perdre de vue que le psychotique, s'il a été et reste jusqu'à un certain point comme un enfant en difficultés, est aussi un adulte et ce serait le frustrer et le dévaloriser que de méconnaître à chaque moment ses possibilités réelles. D'où la nécessité, à l'hôpital, de proposer au malade des activités diverses où il puisse mettre à l'épreuve ses capacités, quelquefois de l'y inciter sans l'imposer. D'où la nécessité de proposer également des sorties et des activités hors de l'hôpital dès qu'une amélioration se dessine, avec un soignant, la famille, seul, de durées diverses, en indiquant toujours au patient la possibilité de revenir de manière anticipée ou de faire appel au service en cas de difficultés.

Dans les moments évolutifs, le psychotique a très peur, non seulement au début de la psychose, mais aussi bien lorsqu'il va un peu mieux et lorsqu'il se propose ou qu'on lui propose d'affronter à nouveau la réalité extérieure. Cette peur est communicative pour la famille, les amis et... les soignants. Elle conduisait la société et la psychiatrie traditionnelle à mettre le psychotique à l'asile et à l'y laisser, avec souvent la complicité inconsciente, et parfois consciente, du patient jamais "assez guéri" pour sortir. Elle conduit parfois le psychothérapeute néophyte à vouloir tout interpréter dans les conduites étranges de son patient, ce qui est plus une façon de se rassurer soi-même que de soigner. En réalité, il faut accepter de décevoir et d'être déçu par le patient sans se sentir entamé dans son existence, ainsi seulement ce dernier pourra peut-être un jour se sentir exister, trouver la vie vivable, tout en supportant les aléas inévitables de l'existence. Trop loin du patient, le thérapeute reste à l'abri, mais il risque de ne même pas être perçu par le psychotique comme une réalité bienveillante. Trop proche de son malade, le thérapeute risque de s'engager dans une relation de dépendance mutuelle et de s'englover avec le malade dans un monde délirant. Dans l'un et l'autre cas, il aura raté sa fonction "de créer une situation interpersonnelle permettant au psychotique de reprendre possession de la réalité et de reconquérir la maîtrise de ses besoins." (RACAMIER P. C.) (13). Il s'agit de trouver à chaque moment la juste distance. Cette notion de distance n'a d'ailleurs pas dans la relation avec le psychotique qu'un sens métaphorique et affectif, puisque l'on constate couramment qu'il y a une distance spatiale à partir de laquelle ils ne nous remarquent pas et en-deçà de laquelle ils ne tolèrent pas notre approche, la vivant comme une intrusion, comme si nous pénétrions leur corps par effraction.

Le traitement du psychotique du point de vue psychothérapique comporte deux étapes :

- le traitement de l'état psychotique, "dont le but est de ramener le malade à la réalité" ; dont les moyens sont préanalytiques ; dont l'indication majeure couvre les états dits évolutifs ou aigus ; dont le résultat est symptomatique, résultat auquel nous nous en tenons le plus souvent en pratique courante, faute d'un nombre suffisant de thérapeutes qualifiés ;

- le traitement de la prédisposition à la psychose, dont le but est de dénouer en les analysant les conditions du retrait de la réalité, dont les moyens proprement psychanalytiques font habituellement défaut aux services psychiatriques.

Toutefois, ces deux étapes s'entremêlent dans la pratique. Lorsque, même sans compétence analytique, nous poursuivons une relation de longue durée avec le patient comme dans le cas Michèle, lui épargnant de retomber dans l'état psychotique de manière durable, nous contribuons à lui donner une confiance accrue dans ses capacités de vivre. Par ailleurs, des interventions prudentes au cours des entretiens peuvent faire évoluer une difficulté inconsciente du patient lorsque nous avons une intuition heureuse. Dans le cadre d'une telle pratique par tâtonnement, c'est finalement l'intrication entre la dynamique propre du patient, les circonstances de sa vie sociale et le poids relatif de nos interventions heureuses et malheureuses qui sont déterminants. A défaut de triompher de la disposition à la psychose et de permettre au patient d'accéder à une véritable joie de vivre, ce n'est déjà pas rien que de l'aider à mener durablement une existence vivable.

Nous éviterons d'entrer plus avant dans une approche purement théorique de la psychothérapie psychanalytique des psychoses, préférant nous y référer en examinant quelques points de notre travail avec Michèle.

4) Problèmes étiologiques

L'étiologie des psychoses reste obscure pour toutes les écoles psychiatriques. La psychanalyse permet toutefois d'y jeter quelques lueurs. En considérant que le problème central de la personne prédisposée à la psychose est d'avoir échoué dans l'intégration première du rapport sujet-objet d'amour (enfant - mère nourricière au début de la vie), la théorie psychanalytique ne rejette nullement l'importance du potentiel génétique ni des insuffisances organiques acquises : la force innée des instincts, la faiblesse des moyens de contrôle biopsychique qui constituent plus tard le "Moi" du sujet peuvent être des facteurs de cet échec. Mais, on peut aussi penser que l'échec du sujet enfant a pu être occasionné en totalité ou en partie par les attitudes et les conduites de la mère, soit que cette dernière ait

tenu son enfant à distance, soit au contraire qu'elle ait serré son enfant de trop près et ne lui ait pas permis de s'individualiser par rapport à elle en grandissant. Le rôle du père est également important suivant qu'il tient ou non la place de partenaire privilégié de la mère, évitant ou non que celle-ci s'enferme dans un monde clos avec l'enfant. Au-delà, la place de l'homme dans l'inconscient de la mère est décisive, ce qui renvoie à sa relation passée à ses propres parents, donc aux grands-parents de l'enfant. Des circonstances de la vie dans la période ayant précédé la naissance de l'enfant comme des circonstances de ses premières années, indépendantes de l'hérédité aussi bien que des attitudes parentales, peuvent également compromettre le développement de la personnalité de l'enfant : ainsi du grave accident de Michèle ou du cas de cette jeune fille que nous soignons actuellement, maintenue de six mois à trois ans dans une coquille plâtrée pour une scoliose grave. En réalité et particulièrement chez l'enfant, tous les facteurs sont psychosomatiques, ont une action à la fois somatique et psychique. Nous pensons également que les angoisses vives et répétées éprouvées par le prépsychotique peuvent entraîner des altérations organiques.

Globalement, dans le cas Michèle, dont nous n'avons pas connu la mère, ce qui frappe le plus c'est l'importance des changements de milieu de vie dans son enfance et sa jeunesse. Son éducation apparaît dominée par des femmes, - mère, arrière-grand-mère, grand-tante -, tandis que le père est souvent absent, buveur, apparaissant davantage comme un enfant terrible supplémentaire de sa femme que comme un chef de famille. Mais une telle perspective cavalière ne doit pas faire illusion dans le sens d'une validation des vues de SPITZ sur les séparations d'avec la mère, ou de celles de LACAN sur la forclusion du Nom-du-Père dans la psychose qui ne pourrait être envisagée que dans une psychanalyse de psychotique. La fréquentation de Michèle et d'une partie des siens montre l'existence d'un esprit de famille positif. Le père, malgré ses faiblesses, est présent : il aime ses enfants et en est aimé. Son alcoolisme reste compensé et n'a pas pesé également sur toutes les périodes de sa vie. A côté des facteurs organiques déjà envisagés, les facteurs relationnels ont certainement joué un rôle dans la fragilité mentale de notre malade. Mais finalement, c'est la façon dont elle a elle-même vécu et intégré toutes ses expériences inconsciemment et consciemment qui nous paraît déterminante pour son avenir mental. C'est en ce sens que C. NACHIN (9)

a pu écrire qu'à partir de l'action d'un grand nombre de facteurs biologiques, sociaux et psychologiques, le point de vue psychanalytique devait être le point de vue privilégié en psychiatrie, dès maintenant pour la compréhension des cas et, dans l'avenir, pour la transformation favorable du plus grand nombre d'entre eux.

C - Le point de vue social en psychiatrie

Le point de vue social en psychiatrie est plus récent et moins cohérent que le point de vue psychiatrique clinique et le point de vue psychanalytique. Il ne nous est pas possible d'examiner ici la multitude de travaux divergents produits dans ce domaine. Ils vont de la méconnaissance totale des facteurs sociaux à l'affirmation que c'est la société qui est malade et qui rejette une partie de ses membres comme "prétendus malades mentaux". Certains mettent surtout l'accent sur les facteurs macrosociaux, économiques-sociaux, liés à l'organisation sociale (féodale, capitaliste ou socialiste par exemple), tandis que d'autres concentrent leurs études sur les facteurs microsociaux caractéristiques du groupe dont le malade est issu, famille et groupes culturels. Mais les psychiatres "familialistes", à la différence des psychanalystes qui s'intéressent davantage au rôle de la famille dans la genèse de la personnalité, concentrent leur attention sur les interactions actuelles dans la famille des malades. Toutes ces approches ont leur intérêt. Nous nous bornerons ici à essayer de mettre en évidence les facteurs sociaux qui nous paraissent importants dans le cas de Michèle.

Le métier du père de Michèle est un obstacle objectif à la continuité de sa présence comme à la continuité de la vie familiale dans un même lieu. Dans ces circonstances, les enfants qui nouent facilement des relations sociales nouvelles s'en sortent, tandis qu'une enfant fragile ou fragilisée reste sous le coup de la perte d'une camarade privilégiée (Martine pour Michèle, en Algérie) et s'insère difficilement dans un nouveau milieu scolaire. Le retard scolaire important, lorsque les classes spécialisées étaient rares, amenait souvent des mesures de placement de l'enfant loin de sa famille et ce que l'on pensait gagner ainsi sous l'angle de la progression intellectuelle de l'enfant dans une classe plus adaptée à ses possibilités, était souvent perdu et au-delà, par suite des inconvénients affectifs du placement.

L'accident grave de Michèle a peut-être moins pesé par son impact direct que par le statut d'handicapée qu'il lui a donné dans sa famille et à l'école. Le fait qu'il se soit agi d'un accident par engin de guerre a toutefois été et reste un élément positif, puisque de tels accidents font l'objet d'une réparation assez convenable sous la forme d'une pension de victime civile de faits de guerre qui permet au handicapé de vivre de manière autonome, tandis qu'une pension d'aide sociale courante ne permet même pas au handicapé de survivre ailleurs qu'à l'hospice si sa famille ne peut lui apporter une aide complémentaire. De ce point de vue, notre société est encore en retard sur celle des Incas ! Mais, dans le cas Michèle, la pension qu'elle reçoit est un élément essentiel de son adaptation sociale comme de la possibilité que nous avons eue d'engager sa réadaptation au-dehors dès l'amélioration relative de son état mental.

Globalement, les interventions de la famille de Michèle nous sont apparues positives malgré les difficultés créées par le départ de son mari, la gêne occasionnée par l'alcoolisme de son père ; depuis sa sortie, elle est invitée et accueillie régulièrement par les siens, elle les invite parfois en retour. Mais les images sociales de la folie et le statut du malade mental étiqueté comme tel dans notre société pèsent sur le comportement de tous. A différents moments de l'évolution de la malade, des membres de la famille ont désespéré :

- soit qu'il la voyaient "folle", radicalement "aliénée", autre que le reste de l'espèce humaine, ou tout au moins trop malade pour vivre ailleurs qu'à l'hôpital psychiatrique ;

- soit qu'à certains moments, sa conduite apparaissait plus comme "méchanceté" que comme maladie : c'est le vécu douloureux qu'a eu sa soeur aînée, intelligente et sensible, lorsque la tentative de réadaptation auprès d'elle a échoué. Ou bien Michèle était trop folle pour s'en sortir et elle en était désespérée, ou bien elle était méchante et de devoir la juger telle lui apparaissait aussi désespérant.

Un dernier facteur important, si ce n'est dans la causalité, du moins pour l'évolution des troubles mentaux, est la place reconnue au psychiatre et à l'équipe soignante psychiatrique par la société, mais aussi la place qu'un psychiatre et une équipe arrivent à se tailler en un lieu et un temps donné pour pouvoir lutter avec

un maximum d'efficacité contre les images sociales négatives de la folie et contre le statut encore légal du malade mental interné. Accusé par les uns de fabriquer de "prétendus malades mentaux" et même de n'être pas un vrai médecin, - y compris par des confrères brillants dans leur propre spécialité -, accusé par d'autres, et parfois par les mêmes, de "mettre des individus dangereux en liberté" et d'être un danger pour l'ordre social, il faut que le psychiatre français contemporain accepte d'être un médecin décrié et fasse preuve d'un courage quotidien pour entraîner la société, la famille et le malade lui-même à avoir confiance dans les possibilités d'évolution positive de tout être humain, quels que soient ses handicaps, si on ne renonce jamais à lui accorder une confiance raisonnée. Ici, le point de vue social et le point de vue moral se rejoignent.

II - LE PLAN DE SOINS DE MICHELE

Le plan de soins de Michèle a été élaboré pas à pas sur une longue période et il y a quelque artifice à en regrouper les principaux éléments, comme à séparer entièrement le plan de soins infirmiers du plan d'intervention des médecins ; toutefois, ces deux plans ont pourtant leur spécificité qui doit être conservée dans le cadre d'un travail d'équipe.

A - Le plan de soins infirmiers

Au-delà de la fixation du traitement par le médecin telle que nous l'avons examinée, l'apport de la psychiatrie sociale et surtout celui de la psychanalyse à la compréhension du malade mental nous amènent à étudier non seulement avec la surveillante du pavillon, mais avec l'ensemble de l'équipe infirmière la mise en oeuvre des soins. En effet, nous n'avons pas à faire à la bouffée délirante en général, mais à Michèle, avec ses manifestations malades propres mais aussi ses ressources personnelles, dont nous devons dégager les principaux besoins à chaque moment de son évolution et pour laquelle nous devons engager des interventions adaptées en tenant compte aussi des ressources du service. La succession des infirmières avec les trois équipes et les repos rend nécessaire concertation et coordination des efforts.

La première étape du plan de soins de Michèle a été centrée sur le maternage. En restant le plus souvent possible auprès de la malade comme à l'occasion des soins généraux, l'infirmière s'occupe affectueusement de la malade comme une bonne mère s'occupe spontanément de son enfant. En effet, le besoin d'être protégée et rassurée est au premier plan. Mais le maternage est une technique difficile qui doit être aménagée suivant les moments. On peut être amené momentanément à soigner le patient comme la mère soigne son nourrisson en faisant tout pour lui. Plus souvent, il s'agit d'aider la malade dans les conduites élémentaires de la vie qu'elle entreprend sans être capable de les mener à bien. L'infirmière doit précéder et accompagner ses actes de paroles simples adaptées à la situation. Lorsque la malade sort difficilement du délire (ce qui s'est produit pour Michèle), au bout de quelques jours, nous essayons de la confier particulièrement à une infirmière de chaque équipe, avec laquelle elle paraît avoir le meilleur contact et qui est disposée à accepter cette charge, de façon à donner à la malade des repères personnalisés les plus stables possibles. De toute façon, les infirmières désignées sont les déléguées de l'équipe et doivent être soutenues dans cette tâche qui peut être harassante. Surtout, il convient que les infirmières sachent s'effacer progressivement dès que la malade devient capable de plus d'autonomie, faute de quoi une technique précieuse pour rendre au patient la conscience de soi et du monde réel deviendrait culture d'une régression artificielle.

Dans le cadre de l'accueil du patient comme de la première étape de sa cure, il importe qu'on lui permette non seulement d'exprimer verbalement sa folie, mais encore de se déplacer et d'agir dès l'instant que ses gestes fous ne sont pas manifestement nuisibles pour lui-même et pour autrui. C'est pour nous la seule façon de faire sa connaissance et pour lui la meilleure façon de se sentir reconnu comme une personne. Ainsi, il faut respecter les conduites de contrition du déprimé, comme lorsque Michèle se lave à l'eau froide ou distribue ses friandises, ce qui atténue une culpabilité profonde qu'on ne peut combattre directement. De ce point de vue, le traitement neuroleptique doit être évalué quotidiennement, de manière à donner une dose suffisante pour atténuer assez rapidement l'angoisse et l'agitation qui épuisent le malade et son entourage, sans l'abrutir de jour comme de nuit. Le surdosage masque les problèmes du malade, - ce qui ne permet ni de les connaître, ni à plus forte raison de pouvoir travailler à les résoudre -, et compromet les

contacts de ce dernier avec les soignants et sa famille. Il est important que les infirmières transmettent régulièrement les observations faites au cours de l'ensemble de la journée et de la nuit, de manière à guider le médecin dans ses prescriptions.

Lorsque la malade s'améliore, que l'on passe d'un traitement par voie injectable au traitement par voie orale, nous avons plusieurs fois observé, y compris chez Michèle, une reprise des troubles. Ici peuvent intervenir la moindre efficacité du traitement par voie orale, sa prise irrégulière par la malade, mais ce qui nous semble le plus important, c'est que le personnel soignant appelé par de nombreuses tâches, a tendance à perdre un lien suffisant avec le malade qui ne reçoit plus d'injections et qui vaque librement à des occupations dans la salle de jour. S'il ne faut pas prolonger indûment le maternage, il ne faut pas non plus désinvestir trop vite un malade dont les troubles ne sont pas disparus mais sont seulement atténués et moins apparents dans son comportement.

L'accueil de la famille et le déroulement des visites doivent être l'objet d'un soin minutieux de la part des infirmiers. Traditionnellement, il n'était pas rare d'interdire toute visite aux malades aigus pendant la première ou les deux premières semaines du traitement. Nous ne disons pas que cette interdiction n'ait aucune indication, mais nous pensons que ces indications sont limitées et qu'il ne doit pas s'agir d'une mesure systématique. La seule indication formelle concerne le malade qui refuse de recevoir les siens, mais il convient de l'informer régulièrement des démarches de ses proches pour avoir de ses nouvelles ou pour venir le voir. Dans tous les cas, il faut songer à l'angoisse de la famille dont un membre vient pour la première fois à l'hôpital psychiatrique. Dans le cas de Michèle, nous avons tenu compte du début des troubles à la suite d'un deuil et de l'angoisse de la malade au sujet de sa propre existence comme de celle de ses proches. Nous avons admis des visites quotidiennes de son mari et de sa famille en expliquant à cette dernière qu'il convenait d'écourter les visites si elles se déroulaient mal ou dès que la malade paraissait fatiguée. L'infirmière doit user du maximum de tact pour guider les proches du malade. C'est seulement lorsque chaque visite est suivie d'une aggravation que le chef de service est amené à voir la famille pour les réduire ou les suspendre momentanément en en avisant le malade. Même avec un malade

très troublé, il vaut mieux surestimer que sous-estimer sa possibilité de comprendre la ligne des conduites des soignants. Souvent, après coup, une malade qui n'avait pas compris notre attitude nous a manifesté sa gratitude pour avoir été franchement et clairement informée.

Le plan de soins infirmiers mériterait d'autres développements dans une étude spéciale ; nous avons seulement voulu préciser ici quelques points. En résumé, il faut que l'ensemble de l'équipe soignante dont l'action est coordonnée par le chef de service, les internes responsables des pavillons et les cadres infirmiers dispose :

1° de capacités d'amour vacantes pour les malades ;

2° de connaissances précises sur les différentes modalités d'approche des patients aux diverses étapes de leur évolution, avec des notions sur les bases théoriques qui les sous-tendent ;

3° de la foi dans ce qu'ils font de manière à être capables de conserver l'espoir en eux, de l'entretenir ou de le susciter chez le malade et dans sa famille dans le cadre d'une évolution au long cours.

B - Le plan d'intervention des médecins

Outre leur travail diagnostic, d'élaboration de la thérapeutique médicamenteuse et générale, de participation à l'élaboration et aux évaluations successives du plan de soins infirmiers, les médecins du service sont amenés à entreprendre dans la limite de leur nombre, de leurs compétences et de leurs goûts, des actions plus spécifiques.

Dans le cas de Michèle, en dehors des inquiétudes suscitées dès le début par l'importance des hallucinations auditives, l'évolution irrégulière de son cas depuis près d'un an a amené le Dr. Nachin à dire à l'une de nos réunions des médecins du service que nous n'aurions des chances d'éviter une évolution schizophrénique que si une aide psychothérapique soutenue lui était apportée, le temps et les neuroleptiques n'y suffisant pas. Une collègue qui avait déjà noué le contact avec Michèle a accepté de s'engager dans cette aventure, à raison d'une séance hebdomadaire régulière, toujours au même horaire et nous avons discuté chaque

semaine avec elle du déroulement de cette relation durant l'année universitaire 1971-1972. Mais, avant d'envisager quelques aspects de la relation que ma collègue a entamée et que j'ai poursuivie, nous évoquerons le problème des interventions médicales auprès de la famille et celui de la prise de décision.

1) Les interventions médicales auprès de la famille

Les internes du service reçoivent les familles avec des horaires souples. Le chef de service les reçoit une fois par semaine à jour fixe sur rendez-vous. La famille de Michèle s'est montrée d'emblée soucieuse de nous rencontrer. En règle générale nous laissons un temps de latence après l'admission du malade pour que la famille puisse manifester ou non une demande avant de la solliciter nous-même de venir nous voir. En dehors du désir des familles de rencontrer de préférence le chef de service, ce dernier est amené à user de son expérience et de l'autorité que son titre lui fait reconnaître dans des moments clés de la cure.

a) La séparation d'avec le mari

Lorsque le mari de Michèle a décidé de se séparer d'elle, lui-même et la famille ont hésité à en parler clairement avec elle de crainte d'aggraver son état. En fait, l'état de santé de Michèle s'était déjà dégradé, après une amélioration, avant que la séparation ne lui soit annoncée explicitement : les psychotiques ne sont pas insensibles, mais au contraire hypersensibles aux moindres changements d'attitude à leur égard. Tout en invitant le mari à prendre sa décision après mûre réflexion, le médecin-chef lui a demandé d'expliquer clairement à Michèle sa position et de cesser dès lors ses visites, compte-tenu que nous en parlerions également avec elle. Les familles et parfois les soignants n'ont que trop tendance à laisser le malade dans l'ignorance d'événements irréversibles qu'il ne peut manquer de sentir, sous prétexte de ménagements, compliquant ainsi sa perception déjà difficile de la réalité. La vérité n'est pas toujours thérapeutique par elle-même, mais des relations entachées de mensonges et de suspicion réciproque sont toujours antithérapeutiques.

b) L'échec de la tentative de réadaptation auprès de la soeur aînée

Lorsque la soeur aînée de Michèle a voulu la prendre en charge, le Dr. Nachin l'a mise en garde contre les difficultés que la présence de sa soeur risquerait de créer dans leur jeune couple, mais il a accepté la tentative dans la mesure où il était prévu que Michèle ait par la suite un appartement indépendant.

Nous avons déjà évoqué le comportement de Michèle auprès de sa soeur et le désarroi de cette dernière lorsqu'elle vint en catastrophe à l'hôpital avec son mari sept semaines après la sortie.

Pendant une séance de thérapie familiale d'urgence de plus d'une heure, le Dr. Nachin leur expliqua comment on pouvait comprendre psychologiquement le comportement de Michèle sans en faire le signe ni d'une méchanceté ni d'une folie incurable : il s'est agi de leur montrer qu'elle avait eu tendance tantôt à se conduire comme leur enfant - comme elle continuait à le faire chez ses parents avant le décès de sa mère, par suite d'un besoin psychologique profond - ce qui éclaire son envie vis-à-vis des enfants, tantôt à vouloir prendre la place de la mère au foyer que tenait la mère du mari. Le médecin a rappelé les difficultés qu'il leur avait laissé entrevoir au moment de la tentative, a décidé qu'il fallait hospitaliser la malade et qu'une autre tentative de réadaptation serait faite en dehors du milieu familial. La soeur et le beau-frère de Michèle l'ont alors ramenée, déculpabilisés et décidés à continuer à l'aider sous d'autres formes. C'est ainsi qu'ils l'ont spontanément invitée à venir en permission auprès d'eux dès le week-end suivant.

2) La prise de décision

Après sept mois de psychothérapie avec ma collègue, malgré les échecs de son installation dans une pension de famille et auprès de sa soeur, Michèle est plus dynamique, coquette, syntone lors des entretiens. Mais plusieurs membres de sa famille et de l'équipe infirmière pensent qu'elle ne sera pas capable

de vivre seule en ville, doutant de sa capacité de s'alimenter et même de se lever et de s'occuper régulièrement d'elle-même. La malade manifeste, elle, le désir de sortir, quoique sans vivacité, appréhendant les difficultés. Le Dr. Nachin a alors souligné en réunion d'équipe du pavillon que la malade ne serait jamais mieux à l'hôpital et qu'il fallait sans plus tarder trouver une solution. Le dynamisme d'un infirmier et la chance ont permis une réalisation rapide. Mais il a fallu aussi que le médecin responsable fasse confiance à la malade et prenne le risque d'être taxé d'incompétence - ce qui est peu - ou d'avoir à se reprocher un suicide - ce qui est beaucoup plus douloureux-.

Le problème se renouvelle quelques semaines après la sortie à la suite d'une tentative de suicide. Elle est amenée du C. H. U. à la consultation du Dr. Nachin au dispensaire : il la trouve déprimée sans plus ; la tentative de suicide a été accomplie dans une période de congés payés alors qu'une partie de ses soutiens habituels lui faisaient défaut et que son médecin privilégié avait disparu. Compte-tenu de cet ensemble d'éléments, il l'invite à revenir au service libre, mais en précisant d'emblée que c'est pour un séjour d'une durée maximum de trois semaines.

3) La relation psychothérapique

Il faudrait plutôt parler des relations psychothérapiques, compte-tenu de l'année universitaire où Michèle a travaillé avec Mme F... Mais faute d'avoir pu en discuter avec ma collègue, je puis seulement indiquer qu'une relation solide et profitable s'était établie : lorsque Michèle s'est trouvée en difficultés à la pension de famille, c'est à Mme F... qu'elle a ouvert sa porte et celle-ci a su trouver les gestes et les mots utiles. Bien que prévue et annoncée, l'interruption a été douloureusement vécue par la malade. Mais la continuité représentée par le médecin-chef et l'existence de nos réunions m'a permis de prendre le relais.

Mon compte-rendu de relation est incomplet. Il n'était pas envisagé à l'époque d'en faire ma thèse. Bien que non seulement les propos mais aussi les attitudes de la malade et mon propre vécu au cours des séances aient été envisagés au cours des réunions de supervision, il n'a pas été possible de les relater fidèlement dans un lointain après-coup. Ici encore mes commentaires se limiteront à quelques points.

a) La distance thérapeutique

Dès le premier entretien après sa sortie, Michèle met en cause le jour, puis le rythme hebdomadaire des séances. Puis elle se sent gênée, sans doute d'avoir osé faire cette demande. Mais la suite de ses propos éclaire sur ce qui la tourmente : elle évoque sa camarade d'Algérie qui a pleuré lorsqu'elle est partie, ce qui est une manière d'évoquer indirectement sa propre détresse lors de cette séparation comme en témoigne le fait qu'elle parle ensuite de ses difficultés de relation ultérieures, ce qui ne peut manquer de nous faire penser à l'abandon par sa précédente thérapeute et à une crainte de sa part d'être à nouveau abandonnée par une personne à qui elle s'attacherait.

A la fin de la séance, nous acceptons de la revoir dans deux semaines comme elle le souhaite.

b) L'écoute silencieuse et l'intervention a minima

La psychothérapeute est d'abord celui qui écoute attentivement et ce n'est pas rien dans notre monde de gens pressés où, trop souvent, personne n'écoute personne.

Le fait que le patient puisse s'exprimer dans un climat de sécurité, le thérapeute accueillant ses propos et ses émotions sans s'en agacer ni s'en effrayer, est positif : ainsi, dans l'entretien 1, lorsque le thérapeute sent que le patient s'angoisse, supporte mal le silence de son vis-à-vis, sans qu'il ait l'idée d'une intervention précise à faire, il peut intervenir en reformulant avec des nuances ce que le patient vient de dire comme l'a préconisé C. ROGERS (14), mais sans en faire un système.

c) L'intervention rassurante

Lorsque la malade s'inquiète de ses déficiences, il est intéressant que le thérapeute mette l'accent sur ses possibilités avec netteté : ainsi, dans l'entretien n°2 où j'ai valorisé ses possibilités d'expression orale par

rapport à ses difficultés pour écrire et dans les entretiens 20 et 22 où j'ai valorisé ses capacités culinaires.

d) L'intervention éducative

On peut caractériser comme éducative l'intervention où le thérapeute comme un éducateur, -parent ou enseignant-, met l'accent sur un aspect de la réalité objective : lorsque j'indique à Michèle dans l'entretien 2 que l'on peut s'aider du dictionnaire pour vérifier l'orthographe d'un mot ou lorsque je lui montre les possibilités de fatigue lors d'un voyage de week-end (entretien 9).

e) L'intervention médicale

Lorsqu'une malade longiligne asthénique à tension artérielle habituellement faible reçoit un traitement neuroleptique, nous sommes fondés à tenir compte de ses plaintes dans le domaine cardio-vasculaire, à l'examiner et à prescrire éventuellement un tonicardiaque mineur.

En dehors de leurs résultats propres, les examens clinique (entretien 5) et paraclinique (entretien 14) témoignent de l'intérêt que nous portons au contenu des propos de notre patient, à son corps et à sa santé physique. Ils peuvent avoir une portée psychothérapique.

Mais, l'intérêt d'un examen médical soigneux ne doit pas nous masquer les inconvénients d'examens répétés, s'agissant d'une plainte dont nous suspectons le lien avec l'angoisse et les conflits psychologiques du patient. Au pire, nous donnerons un statut de réalité à ce qui n'était que crainte d'affection physique chez le patient, renforçant sa tendance à s'orienter vers une expression hypocondriaque de ses conflits. Au mieux, nous lui donnerons, en répondant directement à sa demande, le sentiment de ne pas comprendre le désir et les défenses qu'elle manifeste de façon camouflée.

Ainsi, chez Michèle, après un examen et une prescription (entretien 5), la plainte cardiaque disparaît très temporairement, remplacée par d'autres plaintes corporelles (entretien 7), pour réapparaître rapide-

ment dans la mesure où elle convient mieux à l'expression d'un conflit important de la patiente (entretien 8).

f) Signification des interventions, compréhension
difficultés de l'interprétation

Il nous semble que la plupart de nos interventions vont dans le sens d'une amélioration de la conscience de Soi et de l'estime de Soi de la malade par suite de l'intérêt et de l'estime que nous lui manifestons, tout en lui laissant la possibilité de modifier sa position vis-à-vis de nous. Elles s'inscrivent dans ce que RACAMIER P. C. (13) décrit comme l'étape préanalytique dans la psychothérapie des psychoses. Le dosage des interventions dépend à la fois de notre propre personnalité et de ce que nous ressentons de l'état du patient au cours de la séance. La théorie psychanalytique nous amène toutefois à considérer deux niveaux dans l'appréciation de nos interventions : au niveau des relations interpersonnelles ou objectales et au niveau du narcissisme (ou estime de soi) du patient. Lorsque nous intervenons beaucoup, nous donnons beaucoup de nous-même au niveau de la relation interpersonnelle, mais au niveau du narcissisme du patient, cela peut lui donner le sentiment qu'il est particulièrement vide et gravement atteint, ce qui n'a pas d'importance chez le psychotique aigu qui se sent gravement atteint, mais peut être dommageable à d'autres moments évolutifs d'un cas. Lorsque nous sommes silencieux, nous ne donnons que notre temps de présence et nos réactions corporelles au niveau interpersonnel, mais au niveau du narcissisme du patient, cela peut lui donner le sentiment que ses propos et son angoisse sont tolérables et que nous le pensons capable de faire face à ses problèmes par lui-même, ce qui est très important pour le malade qui s'améliore ; encore convient-il que le malade grave ne soit pas abandonné au sentiment, soit de notre absence, soit que nous sommes une bouche dévoratrice qui se remplit de lui sans rien lui rendre. Nous voyons donc que ce qui apparaît comme don, gratification sur le plan interpersonnel, peut être vécu comme frustration sur le plan narcissique et réciproquement. Chaque thérapeute doit apprécier cette dialectique à chaque moment avec chacun de ses patients.

Chez le psychotique aigu, entre la vie et la mort, les problèmes fondamentaux de la condition humaine se voient de manière aveuglante

(la sexualité et le mariage pour Michèle reliés à la mort de sa mère), mais plus d'un demi-siècle d'expériences psychothérapiques nous ont montré que si nous pouvions observer et comprendre, il ne convenait pas d'intervenir à ce niveau et qu'il fallait d'abord rassurer et réparer ce qu'on a pu qualifier d'"hémorragie narcissique" chez le psychotique. Mais chez le prépsychotique, le psychotique en rémission, en cours de relation psychothérapique, les mêmes problèmes se retrouvent autrement formulés et dans un contexte moins angoissé. Ainsi chez Michèle, après avoir vérifié par l'absurde, en intervenant médicalement, que dans "le cancer au coeur" il ne s'agissait pas de l'organe anatomique mais du lieu de plaisir et du chagrin d'amour comme d'une des manifestations corporelles de l'excitation sexuelle, les choses se sont peu à peu précisées. Le cancer, dans la symbolique populaire, évoque quelque chose qui ronge, ce qui renvoie au chagrin (ici d'amour) et encore plus au remords (de n'avoir pas assez aimé ou d'avoir été agressif avec l'objet d'amour perdu). On repère un mouvement d'identification de Michèle à sa grand-mère âgée qui a fait une crise cardiaque et risque de mourir prochainement (entretiens 21 et 22) et, à travers elle, à sa mère morte d'hémorragie cérébrale. Mais c'est lorsque j'ai moi-même interpellé la patiente sur son besoin d'avoir une telle lésion au coeur (alors qu'elle en a elle-même mis en doute la réalité à d'autres moments), qu'elle m'apprend qu'elle est condamnée et, sur ma demande, me donne le motif sexuel de la condamnation lors de l'entretien 24 sur lequel nous avons arrêté la relation du cas dont la cure se poursuit. Face à une telle révélation, on aurait pu rester silencieux, en marquant simplement notre sensibilité à la confiance et à l'émotion de la patiente, en considérant que le seul fait d'avoir pu nous faire ce récit serait positif pour elle et entraînerait une baisse de son angoisse après la fin de la séance. Surprise par son récit et sans doute encore plus frappée par l'intensité de son angoisse, je suis intervenue pour lui dire, en parent bienveillant, que sa faute n'était pas si grave. Mais la malade est partie mal à l'aise. Le Dr. Nachin m'a fait remarquer qu'en mettant l'accent sur "ce n'est rien de grave" avec l'illusion de la rassurer, je réduisais en fait à "rien" la confiance sans précédent qu'elle venait de me faire, d'où une blessure d'amour-propre pour ma patiente et son désappointement. La théorie psychanalytique nous permet d'essayer de situer l'impact de nos interventions en sachant que l'organisation mentale est articulée principalement en trois instances :

- le **Ca**, inconscient, siège des pulsions ou tendances issues du corps ;
- le **Surmoi**, inconscient, résultant en partie de l'intériorisation des interdictions faites par les parents et les éducateurs pendant l'enfance ;
- le **Moi**, correspondant d'une part au système perception-conscience et d'autre part à des mécanismes de défense inconscients contre les exigences contradictoires du **Ca** et du **Surmoi**.

Ce schéma grossier n'en peut pas moins être éclairant. A titre d'exemple et sans qu'il soit question de proposer de telles interventions comme modèles à suivre, voici dans le cas de l'entretien 24 avec notre malade :

- Une intervention venant en appui du **Ca** : vous avez été très troublée par cette expérience sexuelle, mais dans les familles nombreuses il n'est pas rare qu'un frère et une soeur aient leur première expérience sexuelle ensemble (ce qui reconnaît et légitime à la fois les pulsions sexuelles du frère et celles de la malade) ;

- une intervention venant en appui du **Surmoi** : c'est une chose terrible, il n'est pas étonnant que vous en soyez bouleversée ;

- une intervention venant en appui du **Moi** (aussitôt après que la malade eut dit faire pour la première fois cette confidence) : je vous remercie, ce serait intéressant que nous voyions ensemble quel rôle cela peut jouer dans vos difficultés mentales, mais vous êtes très émue et peut-être pourrions-nous en rester là pour aujourd'hui (laissant ainsi à la malade la possibilité d'y revenir ou non par la suite...)

Lorsqu'un psychothérapeute éprouve le besoin d'intervenir sans être en mesure de donner une interprétation véritable, quelles qu'en soient les raisons, c'est une intervention en appui du **Moi** qui est préférable **mais** elle peut prendre des formes variées. Même si on ne se voit pas faire des interventions du type de nos exemples, il est utile de savoir que de manière plus ou moins nuancée le thérapeute peut peser dans un sens ou dans l'autre :

- lorsqu'un médecin se laisse entraîner par une malade dans la répétition d'un examen physique non indispensable, il risque consciemment ou inconsciemment l'érotisation de la relation par sa patiente ;

- lorsque j'ai déconseillé un voyage rapide à Michèle (entretien 9), je craignais en particulier de la fatigue pour elle, mais elle l'a entendu comme une interdiction absolue de ma part de ce voyage avec son père...

Toutefois, si les notions psychanalytiques acquises dans les livres ou au contact de nos maîtres peuvent nous permettre de nous orienter dans les compte-rendus de psychothérapie et de critiquer après coup notre travail, cela ne va guère plus loin. Dans le feu de la relation, surtout avec des patients difficiles, face à leurs propos et encore plus à leur angoisse ou à leur dépression, nous sommes amenés à réagir en fonction de ce que nous sommes. C'est pourquoi la leçon de cette tentative d'aide psychothérapique à une malade psychotique améliorée est la nécessité d'une formation psychanalytique personnelle pour mettre plus au clair avec lui-même celui ou celle qui veut poursuivre de telles aventures thérapeutiques plus avant.

N'étant pas analysée, je m'implique beaucoup dans la relation, allant jusqu'à dicter à Michèle certaines conduites, dans une attitude très directive : ainsi lorsque je lui dis, pour préserver ses liens avec son père, de signer pour la vente de la maison, alors qu'à l'instar de sa soeur elle refusait de signer (entretien 15). Les remarques du Dr. Nachin lors de la réunion de supervision m'ont permis de comprendre que mon intervention pouvait être vécue par la malade comme une agression. C'est pourquoi, lorsqu'il est de nouveau question de la vente de la maison, je me contente de faire un signe de tête lui signifiant que j'ai reçu ses paroles, mais n'interviens pas davantage (entretien 19). Si c'est la continuité de ma présence qui a ôté à Michèle la crainte de me détruire, c'est la modification progressive de mon attitude dans un sens plus neutre qui lui permet de me dire ce qu'elle pense, ce qu'elle ressent, de verbaliser son agressivité envers moi sans avoir peur de m'offenser (entretien 23). Ayant fait l'expérience d'un nouveau mode relationnel, Michèle peut maintenant le reproduire dans certaines circonstances de sa vie, sans que naisse aussitôt en elle un sentiment de culpabilité

intolérable. Ainsi, lors de l'entretien 23, elle me dit s'être disputée avec sa grand-tante qui lui reprochait de mettre du rouge à lèvres pendant le deuil de sa mère et de s'habiller maintenant en noir. Elle lui avait répondu "porter le deuil dans son coeur et non dans sa tenue". Capable de projeter son agressivité sur le monde extérieur, Michèle risque moins de la retourner contre elle-même ou de s'échapper dans le délire.

Si la situation analytique permet idéalement l'analyse du transfert et du contre-transfert, le patient, en fin du cure, parvenant au même degré de maturité et d'autonomie que le thérapeute, en psychothérapie courante, une telle démarche est impossible : dans une relation en face à face, le patient réagit non seulement aux paroles du thérapeute, mais aussi à ses attitudes, à ses mimiques... et il est impossible de faire précisément la part de ce qui revient à l'un et à l'autre. -

C'est pourquoi, plutôt que de parler ici de transfert et de contre-transfert, il semble préférable d'utiliser les termes d'attitudes et de contre-attitudes, que celles-ci soient positives ou négatives.

C'est en s'appuyant sur les attitudes positives du malade à son égard que le thérapeute va tenter peu à peu de le faire progresser dans le sens d'une plus grande autonomie. Ainsi, lors de la troisième hospitalisation de Michèle, le Dr. Nachin, s'appuyant sur la confiance de la malade à son égard, lui explique qu'il serait préférable pour elle de ne pas séjourner de façon prolongée dans sa famille. C'est alors qu'elle accepte de prendre une chambre meublée en ville - dans des conditions protégées certes - alors qu'elle refusait de quitter la chambre prêtée par sa soeur pour aller s'installer près de chez elle dans un appartement indépendant.

Mais si, comme nous le voyons dans l'évolution de notre cas, le malade devient effectivement plus autonome, il reste cependant toujours plus ou moins dépendant du thérapeute, incapable de se sevrer de lui tout à fait (lorsque Mme F... quitte l'hôpital, bien que ce départ ait été prévu et annoncé, Michèle ne peut le supporter ; lorsque dans l'entretien 17, je lui souligne l'améliora-

tion globale de son état de santé, elle m'apparaît aussitôt plus figée, déclare se sentir anxieuse, craignant sans doute que je ne l'abandonne). Ainsi l'on peut voir, des années après un épisode psychiatrique aigu ayant guéri, des patients qui continuent à se rendre au dispensaire d'hygiène mentale, une ou deux fois l'an, sans parvenir à interrompre la relation, à se détacher totalement du thérapeute, comme s'ils venaient chercher auprès de lui une réassurance, si minime soit-elle.

Nous devons souligner la grande continuité des propos de notre patiente depuis le début de la prise en charge, ce qui vérifie la conclusion de Nacht (11) suivant laquelle "... le délire n'est pas, comme on a trop tendance à le supposer, une manière d'ignorer le monde de la réalité, mais une façon autre de le percevoir et de le vivre".

Nous devons également souligner, y compris dans le cas de cette patiente aux possibilités intellectuelles limitées, combien la parole du thérapeute qui a su se faire accepter par un patient est puissamment investie par ce dernier. Michèle est capable à un an, voire à deux ou trois ans d'intervalle, de reprendre un propos du Dr. Nachin (entretiens 3 et 19) ou un de mes propos (entretiens 14 et 17), soit intact, soit modifié par la manière dont elle l'a reçu. C'est dire l'importance de nos propos, en sachant toutefois que l'intérêt sincère que nous portons au patient lui fait nous pardonner beaucoup d'erreurs. Faillibles comme nous sommes, nous pouvons parfois désespérer certains patients qui ne sentent plus en nous un appui suffisamment sûr dans une période critique mais, à d'autres moments, nos faiblesses leur montrent que nous sommes des hommes comme eux avec nos qualités et nos défauts, ce qui est rassurant pour les malades en voie d'autonomisation.

g) La politique de secteur

Le cas de Michèle nous apparaît exemplaire des problèmes particuliers que pose l'organisation du dispositif de Protection de la Santé Mentale par rapport aux dispositions prévues par la Réforme Hospitalière pour l'organisation générale de la médecine. En effet, Michèle a bien présenté une bouffée délirante aiguë curable, mais des soins soutenus ont été nécessaires pendant deux années. Il nous apparaît capital que ces soins aient pu être assurés par la même

équipe médico-psycho-sociale. Le danger de passage à la chronicité n'aurait pu qu'être multiplié si notre malade avait dû passer durant cette période d'un service "d'aigus" vers un service de "moyen séjour", puis vers un service de "long séjour" plus ou moins bien articulés entre eux.

Au XIXème siècle, les services des hôpitaux généraux qui recevaient des malades mentaux les gardaient au plus trois mois, à l'issue desquels ils étaient versés dans les asiles comme "incurables", pronostic qui était formulé sans fard aux familles, comme si ce que l'Hôtel-Dieu de Paris n'avait pu guérir ne pouvait en aucune manière être guéri dans un hôpital de seconde catégorie. Aujourd'hui, compte-tenu de l'évolution des grands hôpitaux généraux, les durées de séjour y sont encore plus brèves. Dans ces conditions, le malade psychiatrique ne peut être traité qu'en rupture avec le mode de fonctionnement habituel de l'hôpital. Il peut très bien y avoir des services de psychiatrie à l'hôpital général, mais il faut qu'ils puissent prendre en charge les patients d'un secteur de population déterminé, de façon à être capables de les soigner durant l'ensemble de leur évolution. Par ailleurs, la présence psychiatrique est nécessaire à l'hôpital général pour y prendre en charge les problèmes psychologiques et psycho-pathologiques des urgences et des diverses variétés de malades organiques et psycho-somatiques sans que cela nécessite des lits de psychiatrie.

III - EVALUATION ACTUELLE DE NOTRE ACTION

Michèle est sortie depuis deux ans. La dernière hospitalisation s'est produite peu avant le deuxième anniversaire de la mort de sa mère ; il semble qu'elle ait pu en deux ans accomplir l'essentiel du travail de deuil qui s'opère habituellement dans une période de quelques mois à un an. En tous cas, la pierre tombale posée par le père sur le cercueil de sa femme semble avoir également été posée dans la tête de sa fille puisque les deux anniversaires suivants se sont passés sans crise. Elle poursuit un traitement neuroleptique minime (25 mg de Modécate toutes les trois semaines) qui n'en contribue pas moins à atténuer sa disposition à l'angoisse.

Michèle vit une existence de petite rentière : elle se promène, voyage, est reçue et reçoit les membres de sa famille et, de loin en loin, quelques voisins. Elle n'a pas vraiment d'amis. Elle n'a ni travail ni activité socio-culturelle importante. Elle n'a pas de vie sexuelle, ni sentimentale. Toutefois, depuis deux ans, ses relations ont été progressivement plus nombreuses et elle est devenue capable au cours des entretiens d'attitudes critiques à notre égard et d'une certaine autocritique.

Son existence au-dehors n'a pu s'organiser que dans des conditions privilégiées. Ses propriétaires sont des infirmières retraitées, fort charitables, qu'elle connaissait déjà. Elle a investi narcissiquement son studio meublé, sortant dans le couloir les meubles des propriétaires à mesure qu'elle y introduit les siens, ce qui est contraire à la législation sur les meublés et n'aurait pas été toléré ailleurs. Lorsqu'elle invite les surveillants du service qui habitent près de chez elle ou ses propriétaires à prendre le café, c'est une véritable cérémonie qu'elle prépare en en parlant plusieurs fois à ses invités qui doivent se soumettre à un rite précis. Heureusement elle est entourée de plusieurs personnes qui sentent confusément ses besoins narcissiques et évitent de la heurter.

Michèle reste fragile. On peut se demander comment elle supportera le prochain deuil dans sa famille et comment elle supporterait la disparition éventuelle de son meublé par suite du renoncement de ses propriétaires âgées à cette activité. Nous pensons toutefois que ses liens solides avec nous et l'équipe du service lui permettront de supporter des remaniements de son monde, même si nous ne savons pas transformer davantage son mode de fonctionnement mental.

CONCLUSIONS

1) La prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux suscite actuellement des controverses très vives en France et dans le monde. A propos d'un cas de bouffée délirante aiguë, nous avons étudié les modalités du travail médical psychiatrique dans un hôpital psychiatrique traditionnel en cours de transformation.

2) Les conditions de ce travail sont précisées par l'étude du réseau de communication et des institutions fonctionnant dans le secteur de psychiatrie générale où il a été réalisé.

3) La méthode employée pour la publication de ce cas sous forme de thèse a consisté non seulement à reprendre les documents écrits d'observation médicale psychiatrique à l'hôpital et au dispensaire, y compris les entretiens avec la famille, mais encore à rechercher les notes prises sur notre malade dans les journaux de pavillon des infirmières et enfin, à solliciter oralement la mémoire de l'ensemble des soignants, médecins et infirmiers, qui ont été ou sont en relation avec elle à l'hôpital et dans la cité.

4) Le soin psychiatrique comporte quatre dimensions principales, - protection, soins généraux, ergo-sociothérapie, relation verbale -, qui doivent s'articuler en une unité mouvante où l'accent peut et doit se déplacer d'une dimension à l'autre suivant les moments évolutifs de la cure : du maternage à l'autonomie du patient. La qualité des relations entre les soignants est déterminante pour la qualité des soins.

5) La reprise de la vie sociale normale par le malade mental qui a dû en être retiré ou qui s'en est retiré pose deux ordres de problèmes.

Du point de vue social, il convient dès le début de l'hospitalisation et à plus forte raison en prévision de la sortie, de travailler dans toute la mesure du possible avec les personnes significatives de l'entourage du patient (parents, amis...) et, de toute façon, de préparer soigneusement la réinsertion avec le patient.

Du point de vue individuel, l'évaluation de l'état du patient est un des points qui différencie le travail psychiatrique de la médecine ou de la chirurgie générale : il n'est pas nécessaire qu'il ne présente plus de troubles mentaux, il suffit qu'il ait trouvé un mode de fonctionnement mental qui lui permette de faire face à son genre de vie sans danger ni pour lui ni pour son entourage ; mais pour pouvoir vivre convenablement et durablement dans la communauté, il ne suffirait pas qu'il ait retrouvé l'état antérieur au déclenchement des troubles, il faut qu'il ait trouvé un mode de fonctionnement psychique qui lui permette d'accueillir les aléas de la vie sans être aussitôt submergé par la dépression ou l'angoisse panique, comme le sont facilement les sujets gravement intolérants aux frustrations, qui sont menacés de psychose.

6) La prise en charge du sujet psychotique nécessite une continuité des soins par la même équipe médico-psycho-sociale aussi longtemps qu'elle est utile, -souvent plusieurs années-, s'appuyant sur un réseau d'institutions intermédiaires entre l'hôpital et la cité, mais aussi sur les liens de l'équipe de santé mentale de secteur avec l'entourage du patient. Dans son contenu, elle relève de la médecine en ce qu'il s'agit pour nous de soulager la souffrance, voire de la supprimer, comme dans les autres spécialités. Elle s'en différencie dans la mesure où le psychiatre part d'une attitude phénoménologique où il doit non seulement observer, voir, écouter, mais aussi sentir, se laisser affecter par les sentiments du patient. Au-delà, son action, par tâtonnements successifs, cherche à aider le patient à se dégager de son impasse relationnelle par des procédés divers qui s'inspirent de deux méthodes prototypiques opposées :

- la méthode éducative ou rééducative moderne où l'on indique au patient des cheminements possibles plutôt que de lui en imposer un ;
- la méthode psychanalytique qui procède par l'analyse du transfert du patient sur le thérapeute et par l'analyse simultanée par le thérapeute de son propre contre-transfert. Suivant les cas, les moments évolutifs et la formation du thérapeute, la thérapie quotidienne des psychoses tend plus ou moins vers l'un ou l'autre modèle.

Mais, dans tous les cas, les opérations de diagnostic, de traitement et de pronostic s'interpénètrent et ne se laissent pas diviser comme dans les autres branches de la médecine.

Le travail psychiatrique moderne, informé par la culture psychanalytique, reste toutefois en-deçà de la méthode psychanalytique qui nécessite avant tout la formation psychanalytique personnelle du thérapeute et qui, par ailleurs, n'est pas applicable sans modifications aux malades mentaux graves. Cet essai veut témoigner de la réalité du travail médical psychiatrique, de son intérêt comme de sa difficulté.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

Nous avons délibérément limité ces notes aux ouvrages et aux articles qui nous ont effectivement servi pour la rédaction de notre travail.

1. - BARUK H.

L'art d'appliquer les Thérapeutiques, in Les Thérapeutiques Psychiatriques, P. U. F. Paris, 1966, 123-126.

2. - BELLAK L.

Le concept de psychoses comme résultat et dans le contexte des modalités de traitement au long cours, in Traitements au long cours des états psychotiques, Privat, Toulouse, 1974, 21-31.

3. - CHILAND C.

L'enfant de six ans et son avenir, P. U. F. , Paris, 1973, 159 -202.

4. - EY H., IGERT C. et RAPPARD Ph.

Psychoses d'évolution schizophrénique dans un service, Annales Médico-psychologiques, Paris, 1957, 2, 231-240.

5. - FREUD S.

Psychanalyse et Psychiatrie, in Introduction à la Psychanalyse, Payot, Paris, 1956, 265-278.

6. - KAHN E.

Psychopathologie des délires. Discussion, Congrès Int. Psychiatrie, Hermann, Paris, 1952, 114-121.

7. - LACAN J.

Ecrits, Editions du Seuil, Paris, 1966, 531-583.

8. - NACHIN C.

Approche des problèmes de psychothérapie dans les institutions, séminaire inédit, Armentières, 1969.

9. - NACHIN C.

Fondements théoriques et pratiques des techniques psycho-ergo et sociothérapiques, séminaire inédit, Bailleul, 1968.

10. - NACHT S. et RACAMIER P. C.

Les états dépressifs : étude psychanalytique, in Revue Française de Psychanalyse, Paris, 1959, XXIII, 5, 567-600 ; repris dans NACHT S. : La présence du psychanalyste, P. U. F. Paris, 1963, 96-137.

11. - NACHT S. et RACAMIER P. C.

La théorie psychanalytique du délire, in Revue Française de Psychanalyse, Paris, 1958, XXII, n° 4-5, 418-574. Repris dans NACHT S. : Guérir avec Freud, Payot, Paris, 1971, 80-188.

12. - RACAMIER P. C.

Le Psychanalyste sans divan, Payot, Paris, 1973, 197-362.

13. - RACAMIER P. C.

Psychothérapie psychanalytique des psychoses, in La Psychanalyse d'aujourd'hui, P. U. F., Paris, 1967, 375-519.

14. - ROGERS C.

Pyschothérapie et relations humaines, Publications Universitaires
de Louvain ; Editions Béatrice-Nauwelaerts, Paris, 1966, 57-99.

15. - SPITZ R.

La première année de la vie de l'enfant, P. U. F. , Paris, 1959.

16. - WOODBURY M.

L'équipe thérapeutique, in L'Information Psychiatrique
Imprimeries Réunies de Chambéry, déc. 1966, n° 10, 1051-1064.

TABLE DES MATIERES

	Pages
<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>CHAPITRE PREMIER</u>	3
Conditions de travail : le réseau de communication et les institutions du secteur Amiens Sud-Ouest - Montdidier	3
I - LE CADRE GENERAL	3
II - LE CADRE DU SECTEUR AMIENS SUD-OUEST - MONTDIDIER	4
III - RESEAU DE COMMUNICATION ET INSTITUTIONS	5
A - Généralités	5
B - De la hiérarchie pyramidale au travail en équipe	7
<u>CHAPITRE DEUXIEME</u>	14
Méthode de travail	14
I - LE CHOIX DU CAS	14
II - LE MATERIEL	15
A - L'observation médicale	15
B - Les observations écrites des infirmières	16
C - Les entretiens psychothérapiques	16
D - Le matériel oral	16
III - PRESENTATION DU MATERIEL ET INTERPRETATION	17

	Pages
<u>CHAPITRE TROISIEME</u>	19
Le cas Michèle	19
 I - L'OBSERVATION PSYCHIATRIQUE CONDENSEE	 19
A - Son entourage	19
B - Eléments d'anamnèse	20
C - La première hospitalisation (Internement en Placement Volontaire du 6 décembre 1970 au 10 février 1972)	 23
1. La bouffée délirante aiguë inaugurale	23
a) Motif d'hospitalisation	23
b) Histoire de la maladie	23
1° - Facteur déclenchant	23
2° - Période de début	23
3° - Période d'état	23
c) Le traitement	25
d) Evolution sous traitement	25
2. Reprise des troubles sous forme d'épisodes confuso-oniroïdes (mi-janvier 1971)	 25
a) Facteur déclenchant	26
b) Tableau clinique	26
c) Traitement	26
d) Evolution	26
3. Nouvelle période délirante (mars 1971)	26
4. Syndrome dépressif atypique, évoluant par périodes	 28
D - Brèves notes sur les consultations externes (10/2/1972 au 8/4/1972)	 30
E - Deuxième hospitalisation (Service Libre 8/4/1972 au 13/4/1972)	 30
1. Facteur déclenchant	30
2. Motif d'hospitalisation	30
3. Tableau clinique	31

	Pages
F - Troisième hospitalisation (Service Libre 8/6/1972 au 29/7/1972)	31
1. Motif d'hospitalisation	31
2. Tableau clinique	31
3. Evolution sous traitement chimiothérapique	32
G - Quatrième hospitalisation (Service Libre 21/9/1972 au 14/10/1972)	32
1. Motif d'hospitalisation	32
2. Tableau clinique	32
3. Traitement	32
II - RELATION DETAILLEE DU CAS	33
A - Première partie	
<u>La première hospitalisation</u>	
(P. V. du 6/12/70 au 10/2/72)	33
1. La première admission	33
2. Le récit du mari	33
3. Déroulement de l'hospitalisation	35
4. Les entretiens avec Mme F... (période du 8/2/1972 au 8/4/1972)	44
<u>La deuxième hospitalisation</u>	
(en traitement libre du 8/4 au 13/4/1972)	45
<u>La troisième hospitalisation</u>	
(en traitement libre du 8/6 au 29/7/1972)	
L'impasse de l'installation de Michèle auprès de sa soeur et de son beau-frère	46
<u>La quatrième hospitalisation</u>	
(en traitement libre du 21/9 au 14/10/1972)	48
B - Deuxième partie	
<u>Les entretiens avec Michèle depuis sa sortie</u>	52
 <u>CHAPITRE QUATRIEME</u>	87
Essai de compréhension du cas Michèle : principes, moyens et finalités de la prise en charge du malade psychotique	87

I - LES AXES DE LA PSYCHIATRIE MODERNE

A - Le point de vue psychiatrique clinique	87
1. Diagnostic	87
2. Portée des troubles	87
3. Le traitement	90
4. Le pronostic	90
5. Considérations étiopathogéniques	91
B - Le point de vue psychanalytique appliqué à la psychiatrie	92
1. Compréhension du cas Michèle	93
2. Pathogénie	95
3. Le traitement	97
4. Problèmes étiologiques	100
C - Le point de vue social en psychiatrie	102

II - LE PLAN DE SOINS DE MICHELE

A - Le plan de soins infirmiers	104
B - Le plan d'intervention des médecins	107
1. Les interventions médicales auprès de la famille	108
a) La séparation d'avec le mari	108
b) L'échec de la tentative de réadaptation auprès de la soeur aînée	109
2. La prise de décision	109
3. La relation psychothérapique	110
a) La distance thérapeutique	111
b) L'écoute silencieuse et l'intervention a minima	111
c) L'intervention rassurante	111
d) L'intervention éducative	112
e) L'intervention médicale	112
f) Signification des interventions, compréhension, difficultés de l'interprétation	113

g) La politique de secteur

118

III - EVALUATION ACTUELLE DE NOTRE ACTION

119

121

CONCLUSIONS

g) La politique de soutien

II. EVALUATION ACTUELLE DE NOTRE ACTION

CONCLUSIONS

